This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

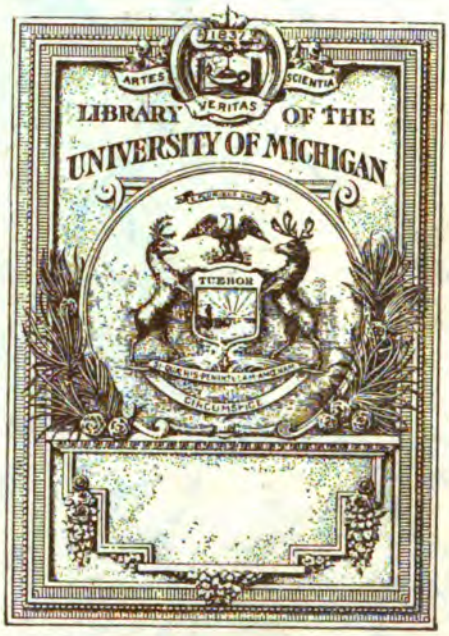
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

B 3 9015 00211 595 7
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

GIC.5
TR.46
G 3
C6

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

ANNÉE 1901

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD

Médecin de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. G. BALLET, BALZER, BARBIER, BARIÉ, BARTH, BÉCLÈRE, BELIN. DE BEURMANN, BROCQ, DU CASTEL, COURTOIS-SUFFIT, CUFFER, DUFLOCQ, FÈRÉ, GALLIARD, GAUCHER, GILBERT, HALLOPEAU, E. HIRTZ, JOFFROY, JOSIAS, KLIPPEL, LABADIE-LAGRAVE, LANDRIEUX, LAUNOIS, LAVERAN, P. MARIE, CH. MAURIAC, MOIZARD, MOREL-LAVALLÉE, MOSNY, F. RAYMOND, A. RENAULT, RENON, A. ROBIN, ROQUES, SEVESTRE, SIREDEY, SOUQUES, THIBIERGE, TEIROLOIX, TRIBOULET, VARIOT, WURTZ; — ALBARRAN, ARROU, BAZY, BEURNIER, BOUGLÉ, CHEVALIER, P. DELBET, DEMOULIN, FAURE, GUINARD, LE DENTU, LEGUEU, LYOT, GÉRARD-MARCHANT, MAUCLAIRE, CH. MONOD, MORESTIN, NÉLATON, PICQUÉ, POTHERAT, POZZI, QUENU, P. RECLUS, REYNIER, RICHELOT, ROUTIER, SCHWARTZ; — BAR, BOISSARD, BRINDEAU, DEMELIN, MAYGRIER, PORAK, TISSIER, médecins chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux.

MM. ANDRÉ, BAILLET, BERGOUIGNAN, BONNEAU, BOULAY, BANZET, CARRON DE LA CARRIÈRE, CASTEX, CAUTRU, A. COURTADE, D. COURTADE, DESNOS, DRUAULT, DURRIEUX, FLŒRSHEIM, M. DE FLEURY, GILLET, MAGDELAINE, MARCIGUEY, MÉRIGOT DE TREIGNY, NOGUÈS, PIATOT, ROCHON-DUVIGNEAUD, F. TERRIEN, A. TERSON, TOURNIER, A. WEBER, anciens internes des hôpitaux. — BRISSEMORET, MARCHANDÉ,

Secrétaires de la rédaction : MM. DEGUY et MILHIET, anciens internes des hôpitaux.

Avec la collaboration de :

BÉZY, chargé de cours de clinique infantile à la Faculté de Toulouse ;
FABRE (de Commentry), FIESSINGER (d'Oyonnax) et LIÉGEOIS (de Bainville), membres correspondants de l'Académie de médecine ;
J. CAMESCASSE (de Saint-Arnoult) ; YOT, médecin légiste à Versailles ;
BRETON, médecin de l'hôpital de Dijon ; docteur P. REILLE (de Paris).

ANNÉE 1901 — QUINZIÈME ANNÉE

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 38, BOULEVARD DES INVALIDES

Téléphone : 717-15

ABONNEMENTS : Un an { France..... 12 fr. / France (union postale).. 15 fr.

Les abonnements partent du 1er Janvier et du 1er Juillet

Digitized by Google

PARIS. — IMPRIMERIE CH. SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Une observation de colite muqueuse à forme hémorrhagique

Par H. TRIBOULET, *Médecin des hôpitaux*

On signale chaque jour, au sujet de l'entérite muco-membraneuse, des particularités cliniques, diagnostiques, pronostiques et aussi thérapeutiques nouvelles ; cependant il reste toujours de l'imprévu, même en clinique, avec cette affection aux allures si variables : suraiguë, subaiguë ou chronique ; elle peut par la prédominance de tel ou tel de ses éléments, s'éloigner du type habituel classique et donner lieu à la création d'un certain nombre de variétés ou de formes cliniques.

Parmi les symptômes qui peuvent prendre une valeur hors cadre, pour ainsi dire, l'*hémorrhagie intestinale* n'est que peu fréquemment en cause, et c'est sa rareté relative à titre de symptôme dominant et son importance particulièrement grande dans l'observation qui va suivre, qui nous a décidé à la rapporter en détail.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, chez qui nous ne trouvons, au point de vue qui nous occupe, rien de particulier, sauf un état de constipation habituel, d'ailleurs modéré : sans antécédents gastro-intestinaux aigus.

Au mois d'août 1899, dans la Haute-Marne, la malade fut atteinte d'entérite à allures dysentériformes. Le médecin, impressionné par l'existence de plusieurs cas de dysenterie sporadique, dans la région, pose le diagnostic de *dysenterie* (douleurs, épreintes, selles muco sanguinolentes).

Le diagnostic toutefois ne fut pas affirmé d'une façon absolue, car aux selles glaireuses succéda pendant quelques jours un flux sanguin qui fit songer à l'existence d'hémorrhoïdes internes. On institua un traitement diététique de peu de rigueur, et, comme traitement local, on fit pratiquer des lavages au permanganate de potasse, à dose non indiquée exactement par la malade. Ces lavages ont été intolérés, et, en raison des douleurs extrêmes qu'ils provoquaient, ont dû être cessés.

Le mois de septembre se passe sans incidents notables autres que l'apparition intermittente du mucus et du sang ; la présence de ce dernier devenant, d'ailleurs, de plus en plus fréquente dans la fin de septembre et dans les premiers jours d'octobre. Vers le quinze de ce mois, je fus appelé à voir la malade.

L'état général est peu modifié ; la malade n'a pas sensiblement maigri ; elle est un peu plus pâle que de coutume, et accuse un peu de malaise et de fatigue. La langue est un peu chargée, blanchâtre. L'appétit est à peu près conservé ; la soif est assez vive. La température oscille entre 37°,8 et 38°,5 ou même 39° T. r.

A l'examen physique de l'abdomen, on constate que le ventre a conservé son apparence quasi-normale : le météorisme y est peu marqué et assez bien localisé vers la fosse iliaque droite et vers la région hypochondre gauche. La première fois que j'examinai la malade, il me fut possible de constater au niveau du cœcum la présence d'une masse résistante qui diminua après une purgation légère à l'huile de ricin, et qui finit par disparaître après un nouveau purgatif. C'est, d'ailleurs, en ce point, comme vers le coude gauche du côlon que se localisa toujours la sensibilité douloureuse maxima à la pression.

En dehors de ces signes physiques de médiocre importance, la maladie se trouva constituée par une succession de crises, à peu près toutes comparables entre elles, et qui se reproduisirent pendant près de deux mois. Voici le tableau de ces crises tel qu'il nous fut donné de l'observer :

Plusieurs fois (de deux à cinq fois) dans les 24 heures, la nuit aussi bien que le jour, la malade est prise de phénomènes douloureux, sous forme de coliques violentes, avec tendances syncopales, avec nausées, avec vomissements même, à deux ou trois reprises, dans le cours de la maladie. Ces crises douloureuses peuvent durer quelques minutes à l'état aigu, et laissent ordinairement un endolorissement prononcé de l'abdomen. Ces crises s'accompagnent communément, ou sont, en tous cas, rapidement suivies d'un besoin impérieux d'aller à la selle, et la malade rejette des matières glaireuses en quantité très variable, au milieu d'un flux sanguin plus ou moins abondant. Ce sang peut être noir, digéré, mélangé à la masse glaireuse, ou composé de caillots distincts, mous, ou plus ou moins consistants, d'après leur ancienneté. Ou bien ce sang est, au contraire, rouge, rutilant, aéré, spumeux, et, le plus souvent, c'est en présence de ces deux variétés de produits d'hémorrhagie qu'on se trouve : quelques caillots noirâtres disséminés sur une nappe liquide rouge vermeil. Ce que nous devons noter c'est, avant tout, la quantité considérable de sang rejeté par la malade de cette observation. On peut estimer à la valeur d'un quart à un un demi-verre même, c'est-à-dire de 40 à 100 grammes la quantité de sang contenue dans certaines selles, et cela, parfois, à deux reprises dans les 24 heures.

Or, cet état de choses, observé par moi à partir du 16 octobre, avait déjà commencé dans une certaine mesure depuis la fin d'août, puisque, à dix ou douze reprises, en septembre, et au début d'octobre, la malade avait eu des selles sanglantes très caractérisées, et il se poursuivit de la façon suivante :

Du 16 octobre au 10 novembre, il y eut, chaque jour, de 2 à 3 rejets de matières glaireuses sanguinolentes, avec petits caillots noirs, dilués, et une à deux de ces selles sanglantes qui viennent de nous servir de type de description.

Spontanément, ou sous l'influence d'un traitement belladoné à assez haute dose (vingt centigrammes en 24 heures), avec purgations légères à l'huile de ricin, il y eut diminution, puis cessation de la sécrétion glaireuse et du suintement sanguin, et cette guérison apparente se maintint sept jours, après quoi matières sanguinolentes et bientôt caillots de sang reparurent. Avec des alternatives presque régulièrement intermittentes d'un jour sur deux, les hémorrhagies intestinales se maintinrent à peu près aussi abondantes jusqu'au 24 novembre. A ce moment, sur les indications de M. le Dr Mathieu, on appliqua la méthode des lavages au nitrate d'argent qui, en quelques jours, modifièrent suffisamment la muqueuse pour que, à partir du 8 au 10 décembre, le rejet de matières glaireuses devint la seule manifestation anormale, le sang ayant rapidement diminué pour disparaître définitivement à partir du 15 décembre.

Dans la suite, l'entérite muqueuse disparut en quinze à vingt jours.

Si on envisage cette longue poussée d'entérite glaireuse aiguë, on reste frappé de l'intensité et de la

Digitized by Google

400353

tenacité du flux sanguin qui, pendant 50 jours sur 60, a pu fournir quotidiennement de 40 à 80 grammes de sang.

Ce ne sont pas là, nous le répétons, les allures habituelles de l'entéro-colite muqueuse ; ce n'est même pas l'exagération d'un symptôme ordinaire ; c'est bien quelque chose de surajouté, et une telle intensité de la complication constitue pour les observations de ce genre comme une variété à part, une véritable forme hémorrhagique.

Une semblable variété n'est pas sans prêter à quelques considérations cliniques importantes, Au moment de certaines crises aiguës, la prostration extrême, le facies, d'aspect légèrement péritonéal, la fièvre qui atteignit et dépassa même 39°, à deux ou trois reprises, tous ces détails réunis auraient pu, pour qui eût ignoré les antécédents de la malade, faire songer à quelque fièvre typhoïde, compliquée d'hémorrhagie. Bien entendu, connaissant toute l'histoire de la maladie, je n'eus aucune hésitation à aucun moment, — mais j'avoue qu'à deux reprises, en présence d'une certaine prédominance des symptômes douloureux, et d'un degré d'empâtement assez manifeste vers la région cœcale, et aussi, en considération de quelques antécédents héréditaires et personnels suspects, je pus songer à la possibilité d'une localisation bacillaire, — l'hémorrhagie intestinale existant parfois comme symptôme dominant de la tuberculose intestinale. L'amaigrissement, la pâleur extrême, la suspension des règles, une certaine augmentation de volume de la rate, tout pouvait conduire vers cette supposition. Il n'en était rien heureusement.

La malade guérit, ainsi que je l'ai dit ; et elle guérit assez promptement pour que dans tout le cours de cette année 1900, il n'y ait rien à noter en tant que désordre intestinal. Il semble donc, du moins pour une forme de ce genre, que l'intensité de la complication spéciale, l'hémorrhagie, ne doive pas indiquer un degré particulièrement grave de la lésion glandulaire intestinale qui fait l'entérite muqueuse. Il est regrettable de n'avoir pu soumettre ce cas à l'observation bactériologique, car le début dysentériforme peut nous faire penser à quelque infection coli-bacillaire du genre de celle qu'a décrite Roger récemment à propos de quelques dysentéries estivales.

Est-ce à dire que le même germe aurait fait les accidents à l'origine et se serait également retrouvé en cause au moment des poussées consécutives ?

C'est moins probable ; ce que nous savons de la flore intestinale nous porte à croire qu'il s'est agi plutôt d'infections secondaires faciles et toutes puissantes sur une muqueuse mal cicatrisée.

Mais, en dehors de ces hypothèses, il nous reste ici un fait clinique l'*entérite muqueuse à forme hémorrhagique*. En montrer la gravité apparente et la bénignité relative, et aussi le mode thérapeutique, tel est le but de cette observation.

Il nous reste donc à indiquer comment on se rendit maître du désordre intestinal et de la complication. Diète lactée ou hydrique, purgatifs de toute nature (huile, calomel, sels divers), astringents de toute sorte, lavages variés, tout avait échoué. J'avais bien l'idée d'attoucher avec le nitrate d'argent la muqueuse saignante dont la surface malade se révélait, par la nature même du sang rejeté, à la portée de nos lavages modificateurs, mais j'ignorais totalement le mode d'emploi, c'est-à-dire les doses requises du caustique, et je n'osais en faire usage.

Voici comment, sur les conseils de M. le Dr Mathieu, on procéda au traitement. La malade faisait un lavage de deux litres d'eau bouillie additionnée de 2 grammes de biborate de soude ; lavage libre, c'est-à-dire avec évacuation du liquide. Puis on faisait suivre d'un lavage de un demi-litre à un litre d'une solution de nitrate d'argent à 1/2000 pour le premier, à 1/1500 pour le second, et enfin à 1/1000 pour les suivants ; ces lavages devant se répéter tous les jours une fois.

Ces lavages provoquèrent quelques douleurs, sous forme de coliques pénibles, qui s'atténuèrent, d'ailleurs, de jour en jour. Ils furent d'une efficacité merveilleuse. Dès le 5e jour, la quantité de sang rejeté diminua très notablement ; à partir du 8e jour, à peine remarquait-on encore quelques rares glaires sanguinolentes. L'amélioration de la colite accompagna, d'ailleurs, la disparition de la complication, et le lavement de nitrate permit d'obtenir en dix jours la guérison du symptôme hémorrhagie et de la maladie elle-même.

Il va sans dire que ce n'est pas là un traitement univoque de la colite glaireuse; je tenais à en signaler les effets si heureux dans le cas présent, espérant par là attirer l'attention des cliniciens aux prises avec semblables difficultés.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Préparations cupriques pour l'usage interne

Par le Dr Liégeois,
Correspondant national de l'Académie de médecine

Ces préparations sont l'acétate neutre de cuivre, le sous ou deuto-acétate, l'acétate de cuivre ammoniacal, l'acéto-phosphate de cuivre, l'arsénite de cuivre, le sulfate de cuivre et le sulfate de cuivre ammoniacal; la limaille de cuivre, le cuivre réduit par l'hydrogène, le protoxyde de cuivre ou oxyde noir, l'oxy

Digitized by Google

chlorure de cuivre ammoniacal ou non, le carbonate de cuivre ammoniacal, le nitrate de cuivre sont aujourd'hui inusités.

1° *Acétate neutre de cuivre.* — A. Luton, Stocquart vantèrent à l'intérieur, dans les maladies scrofuleuses ou tuberculeuses, l'acétate neutre de cuivre, verdet cristallisé, cristaux de Vénus. Luton formulait :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 01
Extrait de noyer.....	0 — 05

Pour une pilule. — 1 à 2 par jour, à jeun.

ou encore :

Acétate neutre de cuivre.	0 gr. 01
Tanin..... ...	0 — 25

Pour un cachet, à prendre à jeun.

Stocquart indique une dose plus forte de sel cuprique :

Acétate neutre de cuivre... ..	0 gr. 02
Extrait de gentiane.....	0 — 03

Pour une pilule. — 3 par jour (non plus à jeun, mais aux repas).

Luton prescrivait dans les mêmes circonstances la potion :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Potion gommeuse..... ..	125 grammes

Une cuillerée à bouche d'heure en heure à jeun.

Il a aussi injecté sous la peau une seringue de Pravaz renfermant :

Acétate neutre de cuivre.	0 gr. 01
Eau distillée.....	1 gramme

(Cette injection est, d'après M. Luton fils, possible, tolérable, exempte d'inconvénient).

En 1865, Burq recommanda dans le choléra, *per os*, la solution :

Acétate neutre de cuivre.. ...	5 grammes
Laudanum de Rousseau.... .	1 —
Eau commune..... . .	20 —

A prendre le plus près qu'on pourra du début des accidents par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure.

Les essais d'Horteloup, avec cette solution fournirent des résultats désastreux. L'acétateneutre de cuivre n'a pas été inscrit au dernier Codex.

2° *Sous* ou *deuto-acétate de cuivre.* — Ce sel, ou vert de gris, qui est l'acétate basique, constituait la partie essentielle des fameuses pilules avec lesquelles Gerbier prétendit, en 1780, avoir guéri huit cas de cancer, Solier de La Romillais un cas. Guersant aurait fait disparaître des nodosités dans le rachitisme, des tumeurs dans la scrofule en donnant ce médicament à l'intérieur.

Dans les « fièvres aiguës », dans les « débilités musculaires », et en particulier dans la « paraplégie », dans les « apoplexies », dans la « salivation mercurielle », dans « certaines suffocations », « certaines pleurésies », « certains cas d'anasarque et d'ascite », dans les « exanthèmes chroniques », les « dartres humides », les « démangeaisons insupportables », comme « vermicide » pour tuer l'ascaride lombricoïde, — quelle panacée ! — un thérapeute allemand, Rademacher, avait adopté cette formule unique dont la teinture de sous-acétate de cuivre, qui n'a jamais figuré dans le Codex français, était le remède actif :

Eau distillée.....	220 grammes
Eau de cannelle..... ...	32 —
Gomme adragante	4 —
Teinture d'acétate de cuivre ...	6 —

Une cuillerée toutes les heures.

Dans la paraplégie Rademacher forçait la quantité de teinture de 2 grammes (8 au lieu de 6), et faisait continuer jour et nuit pendant trois mois sa solution à cette dose élevée.

Je transcris la potion de Lang contre la méningite cérébro-spinale :

Teinture d'acétate de cuivre...	2 grammes
Eau distillée de tabac	30 —
Eau distillée de cannelle.....	15 —
Mucilage de gomme arabique .	120 —

Une cuillerée toutes les deux heures.

Lobach, un médecin autrichien, ne conseilla, en 1854, que des fractions presque homœopatiques de cette teinture d'acétate de cuivre dans les crampes des hystériques, dans celles du mollet au cours de la grossesse, dans les crampes d'estomac, dans les paralysies par apoplexie : une goutte de teinture chaque heure, en augmentant insensiblement jusqu'à six gouttes.

En 1858, un médecin de Saint-Emilion, G. V. Lafargue, se rappelant dans un cas de démangeaisons féroces, qui avaient résisté à toutes sortes de médications, des bons résultats annoncés par Rademacher avec sa teinture d'acétate de cuivre, formula :

Deuto-acétate de cuivre cristallisé	0 gr. 10
Eau distillée.....	20 cuillers à bouche

Prendre une cuillerée à bouche matin et soir, une heure au moins avant les repas. Au bout de trois jours, s'il n'y a ni vomissements, ni coliques, ni diarrhée, prendre une troisième cuillerée à bouche à midi.

Huit jours après le commencement du traitement la démangeaison était moins vive. Les voies digestives n'ayant manifesté aucune souffrance, Lafargue ajouta 5 centigrammes de deuto-acétate à sa solution : prendre 3 cuillerées par jour. Tous les quinze jours il fit pareille addition, arrivant ainsi à 36 milligrammes *pro die* de sel de cuivre ; après deux septenaires, le succès était complet sans que les voies digestives eussent été troublées.

Digitized by Google

3° *Acétate de cuivre ammoniacal.* — Les Traités de pharmacie disent qu'on obtient l'acétate de cuivre et d'ammoniaque en dissolvant 250 parties d'acétate neutre de cuivre dans 1500 parties d'eau et 50 parties d'acide acétique; puis, qu'après filtration, on ajoute de l'ammoniaque jusqu'à ce que le précipité, qui se forme d'abord, soit redissous. Après avoir évaporé à pellicule on recueille un sel cristallisé.

A. Luton préparait autrement l'acétate de cuivre ammoniacal : il dissolvait 1 gramme d'acétate neutre dans 100 grammes d'eau distillée et ajoutait de l'ammoniaque pure goutte à goutte jusqu'à disparition du précipité. 1 gramme de sa solution = 0 gr. 01 d'acétate de cuivre. Il ne l'administrait qu'en injections sous-cutanées, la réservant surtout aux cas de tuberculose ou de scrofulose accompagnés de fièvre; il estimait qu'elle est douée de « propriétés quelque peu hypothermisantes ».

4° *Acéto-phosphate de cuivre.* — A. Luton — pour qui la molécule phosphorée apporte, dans les combinaisons où elle figure, un élément d'excitation « d'une puissance inespérée », pour qui elle exalte « les propriétés dynamiques du remède principal » en décuplant en quelque sorte, « à la façon d'un levier », les qualités inhérentes à celui-ci — considérait l'association du phosphate de soude à l'acétate neutre de cuivre comme une « rencontre des plus heureuses »; il adopta trois prescriptions d'acéto-phosphate de cuivre, l'une en pilules, l'autre en potion, la troisième est une mixture pour injections hypodermiques qu'il appela le phosphate de cuivre colloïdal. Ses pilules contiennent chacune :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 01
Phosphate de soude cristallisé.	0 — 05

Luton cherchait à éviter la production du phosphate de cuivre dans la pilule elle-même; il regardait comme une chose très importante qu'elle ne s'opérât que dans l'estomac, afin que le phosphate de cuivre, qui prend alors naissance par précipitation, conservât « les qualités de cet état naissant ». « D'un autre côté, ce sel, quoique insoluble, et tout nouvellement précipité, tend à se dissoudre dans un excès de phosphate alcalin que nous maintenons à son contact. » Aussi, pour que la double décomposition du sel cuprique et du phosphate sodique n'ait lieu que dans l'estomac, le médecin de Reims faisait-il mélanger, à l'état presque sec, l'acétate de cuivre et le phosphate de soude (faute d'eau, il n'y avait pas de réaction); ou bien il enrobait une pilule de phosphate autour d'une d'acétate ou réciproquement; ou encore il donnait séparément une pilule d'acétate neutre de cuivre et une de phosphate de soude. La provision de pilules ne sera pas trop grande; pour éviter qu'elles durcissent on interposera un peu de glycérine. Luton en prescrivait une à deux par jour, à jeun, dans les maladies scrofuleuses ou tuberculeuses. Nous avons employé des doses autrement fortes : deux au repas de midi, deux au repas du soir. Je dis au repas, et pas à jeun : peut-être est-ce la raison pour laquelle elles ont été si bien et pendant longtemps supportées. Durant trois mois, sans interruption, nous les avons données à chaque repas à des lymphatiques, à des scrofuleux, à des tuberculeux au premier degré, à des chlorotiques héréditairement scrofuleuses. Chez les enfants nous réduisons d'un demi-centigramme la dose d'acétate neutre. Nos pilules sont argentées : l'acétate neutre de cuivre est enrobé dans de la poudre de réglisse; l'extérieur est légèrement glycériné, puis saupoudré du phosphate de soude qu'on entoure du papier d'argent.

Voici la teneur de la potion d'acéto-phosphate de cuivre de Luton :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 05
Phosphate de soude cristallisé.	0 — 50
Potion gommeuse	125 grammes

Par cuillerée à bouche ou à dessert. — Un certain nombre de cuillerées par jour, espacées suivant le cas. « Si l'emploi de la potion doit s'étendre sur plusieurs jours, on pourra procéder comme pour la potion de Rivière, et préparer deux solutions séparées, l'une d'acétate de cuivre, et l'autre de phosphate de soude », et l'on fera ingérer en même temps une cuiller de l'une et une cuiller de l'autre.

Luton formulait comme suit son injection hypodermique au phosphate de cuivre colloïdal :

Phosphate de soude.....	5 grammes
Eau et glycérine.....	àà 30 —

Pour une solution n° 1.

Acétate neutre de cuivre.....	1 gramme
Eau et glycérine.....	àà 20 —

Pour une solution n° 2.

et il mêlait les deux solutions sans les filtrer : il obtenait une sorte de colloïde, une « gelée diffusible et dialysable » de phosphate de cuivre récemment précipité dans l'eau glycérinée. 1 gramme de cette mixture correspond exactement à 1 centigramme d'acétate neutre de cuivre. Dans les affections scrofuleuses et tuberculeuses on injecte assez profondément, au pourtour de la hanche et du grand trochanter, le contenu, soit 1 gramme, d'une seringue de Pravaz à aiguille moyenne : le point de la piqûre est ensuite recouvert de collodion.

Luton déclarait que le phosphate de cuivre de récente précipitation déposé sous la peau se diffuse lentement dans le tissu cellulaire parce qu'il est insoluble; il n'est pas à craindre, disait-il, qu'il ne pénètre trop vivement dans la circulation. Et il croyait qu'il trouve dans l'hypoderme, « milieu ordinairement alcalin », les conditions de solubilisation

Digitized by Google

qui importent à son absorption ultérieure. Il écrivait aussi que ce sel ne provoque aucune altération autour de lui; M. Luton fils a vu, quoique très rarement, un phlegmon se former au niveau du point injecté, et nous-même avons fait pareille observation. On éviterait l'abcès, d'après M. Luton fils — je n'en suis pas sûr — en badigeonnant la région indurée avec la teinture d'iode. L'injection ne sera pratiquée de nouveau, et avec une mixture toute neuve, que tous les quinze jours.

Sous la dénomination de *sérum cuprique*, également destiné aux injections hypodermiques dans les maladies scrofuleuses et tuberculeuses, M. Luton dit le plus grand bien des formules ci-dessous :

Phosphate de soude.....	5 grammes
Sulfate de soude.....	10 —
Eau distillée.....	90 —

Pour une solution n° 1.

Acétate neutre de cuivre	0 gr. 20
Eau distillée.....	10 grammes

Pour une solution n° 2.

Mélangez les deux solutions au moment de l'emploi, et injectez-en 1 à 5 grammes tous les quinze jours suivant les cas, dans la région rétro-trochantérienne (5 grammes de ce sérum = 0 gr. 01 d'acétate neutre de cuivre).

5° *Arsénite de cuivre.* — Ce sel très vénéneux, d'un vert aigue-marine, qu'on obtient en mélangeant des solutés bouillants à parties égales d'acide arsénieux et d'acétate neutre de cuivre, puis en ajoutant au mélange son volume d'eau froide et en laissant le tout au repos pendant plusieurs jours, a été préconisé, en 1890, par John Aulde (de Philadelphie), sur les indications d'un médecin de ses compatriotes, Boardmann Reed, dans le choléra morbus, dans la diarrhée infantile, dans les diarrhées chroniques, dans celle de la fièvre typhoïde, dans la dysenterie, dans le catarrhe de l'estomac. C. Broughton nota en en outre une action favorable dans la diarrhée et les sueurs nocturnes des phtisiques. Les doses de John Aulde sont presque homœopathiques : 1/100 de grain, soit 6 déci milligrammes *pro die* fractionnés en un grand nombre de prises. A une partie d'arsénite de cuivre finement pulvérisé il ajoute, en triturant, 100 parties de sucre de lait, et dissout dans 120 à 180 grammes d'eau 6 centigrammes du mélange qui contient 6 déci-milligrammes d'arsénite de cuivre; la solution est administrée par cuillerées à café toutes les dix minutes ou à intervalles plus prolongés pendant une heure. Broughton emploie une quantité double : 12 déci-milligrammes pour les 120 à 180 grammes d'eau.

En 1892, H. Hare vanta les bons effets de l'arsénite de cuivre (3 doses par jour de 1 à 2 milligrammes) dans l'anémie, dans la chorée, dans les névroses.

W. Blair Stewart (de Philadelphie) l'a conseillé, deux ans plus tard, comme antispasmodique dans la coqueluche :

Arsénite de cuivre....	1/2 milligr.
Sucre.....	q. s.

Mêlez. — Faites dissoudre dans 15 cuillers à café d'eau : une cuiller à café toutes les demi heures ou toutes les deux heures.

Contre les douleurs menstruelles, le même praticien a prescrit :

Arsénite de cuivre.....	1/2 milligr.
Sucre.....	q. s.

Mêlez. — Faites dissoudre dans 50 grammes d'eau, et ajoutez :

Teinture d'anémone pulsatille..	VIII gouttes
— de noix vomique.....	IV —

Une cuiller à café toutes les demi-heures ou d'heure en heure.

6° *Sulfate de cuivre.* — Déjà recommandé par Bayle et d'autres dans la scrofule, ce sel a été conseillé il y a une quinzaine d'années par un médecin belge, Du Moulin, dans l'eczéma, dans l'impétigo et dans les ophtalmies des scrofuleux :

Sulfate de cuivre	0 gr. 40 à 0 gr. 50
Sirop simple	100 grammes

Prendre 4 cuillers à café par jour.

L'astringence du sulfate de cuivre devait attirer sur lui l'attention des praticiens dans la diarrhée. Eisenmann, un bavarois, publia en 1859 les heureux résultats qu'il avait obtenus en quatre jours, dans la diarrhée de dentition, avec trois paquets par jour contenant chacun :

Sulfate de cuivre	0 gr. 015
Poudre d'opium	0 — 005
— de sucre...	q. s.

Burq avait employé dans le choléra l'acétate neutre de cuivre; un médecin-chef des Aliénés de Marseille, Lisle, en 1865, fit un grand usage du sulfate :

Solution de sulfate de cuivre à 1/20	1 gr. 50
Laudanum de Sydenham	X gouttes
Eau sucrée.....	120 grammes

Une cuiller à café de quart d'heure en quart d'heure dans les cas très graves; une demi-cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure dans les cas moyens, d'heure en heure dans les cas légers, le plus près qu'il est possible du début de la maladie, à l'exclusion de toute autre médication; puis toutes les trois ou cinq heures aussitôt que la chaleur est revenue à la peau et que le pouls est un peu relevé.

Lisle annonça des résultats meilleurs qu'avec les autres moyens.

Moricourt a supprimé la diarrhée de la fièvre typhoïde avec une potion à 0 gramme 30 de sulfate de cuivre.

Une solution de 1 gr. 75 de sulfate de cuivre dans 30 grammes d'eau (à prendre la moitié de suite, le reste cinq minutes après), combat efficacement l'empoisonnement par l'acide prussique; le même sel,

Digitized by Google

d'après Cazeneuve, neutralise le phosphore dans l'estomac en le recouvrant rapidement d'une couche noire de phosphate de cuivre, puis d'une couche rouge de cuivre métallique qui augmente jusqu'à précipitation entière du cuivre.

En 1893, un médecin italien, Isola. s'est servi dans les furoncles à répétition des pilules de suffate de cuivre à 1 centigramme (plusieurs par jour).

Ce sel a été essayé dans l'épilepsie (jusqu'à 20 centigrammes chez les enfants, jusqu'à 45 centigrammes chez les adultes).

Bolton (de Nottingham) a prévenu les crampes nocturnes du mollet chez les femmes enceintes avec 5 milligrammes de sulfate de cuivre, dans un verre d'eau, répétés le soir au coucher.

A. Price, un chirurgien de marine des Etats-Unis, a dit avoir constaté la résorption rapide des engorgements ganglionnaires et la disparition des plaques muqueuses de la syphilis par l'usage interne de pilules ou de solution de sulfate de cuivre. Il commence par 1/4 de milligramme au déjeuner, au dîner et au souper, et arrive progressivement à 1/2 milligramme ou 3/4 de milligramme à chacun de ces repas, sans dépasser 2 milligrammes en tout par jour, en suspendant le médicament un jour par semaine ou même plus souvent. Ce traitement vaut moins contre les accidents secondaires de la syphilis et contre la cachexie syphilitique.

J'ai fait connaître dès 1890 mes succés avec l'acétophosphate de cuivre (2 pilules à 1 ou 1/2 centigrammes au repas du midi. 2 au repas du soir) dans la chlorose des hérédo-scrofuleux. La publication de mes recherches sur ce point est antérieure (1891) à celle (1894) des effets notés par V. Cervello (de Palerme) avec des doses fortes) 0 gr. 06 *pro die*) de sulfate de cuivre dans les anémies primitives, dans la chloro-anémie, dans la cachexie palustre.

On sait depuis longtemps que le sulfate de cuivre est un vomitif, — un vomitif fidèle. On s'est ingénié à lui trouver des vertus spécifiques et mystiques dans le croup, d'après les racontars enthousiastes des médecins allemands et anglo-américains. Trousseau fut un des fervents apôtres de la médication vomitive par le sulfate de cuivre dans le croup : Missoux regarda le sulfate de cuivre comme un antispasmodique qui atténue l'excitabilité réflexe du larynx et comme un cathérétique qui empêche la reproduction des membranes croupales. Les uns administrent le vomitif en paquets de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 : un toutes les cinq minutes dans une cuiller d'eau tiède; d'autres en potion de 0 gr. 15 à 0 gr. 50 pour 50 grammes d'excipient : une cuiller à café toutes les cinq minutes; ou, pour 125 grammes ; une cuiller à dessert toutes les dix minutes. D'aucuns l'ont employé dans la coqueluche et le catarrhe suffocant.

En 1861, Sauer, pour qui le sulfate de cuivre *intus* est susceptible de s'opposer à la formation des produits plastiques fibrineux, le prescrivit dans la bronchite aiguë et dans la pneumonie :

Sulfate de cuivre	0 gr. 30
Extrait d'opium.....	0 — 03
Eau distillée.....	180 grammes

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Les malades de Sauer consommaient 1 gramme 25 à 3 grammes de sel cuprique pendant les cinq ou dix premiers jours de l'affection.

7° *Sulfate de cuivre ammoniacal.* — Très antique est sa réputation comme antispasmodique. J. Frank a fait défiler sous nos yeux la liste des praticiens des vieux âges qui, depuis Weissmann, Duncan, Cullen, s'adressaient de préférence à ce médicament toutes les fois que, dans les épilepsies, il n'y a d'autre indication que de combattre la « cause nerveuse ». « Ce moyen, disait Frank. a été utile à plusieurs, et, parmi ceux-là, plutôt aux adultes qu'aux enfants. » La dose était d'un quart de grain (0 gr. 0125) deux et trois fois par jour. Les pilules anti-épileptiques de Swédiaur avaient pour formule :

Sulfate de cuivre ammoniacal..	0 gr. 80
Carbonate d'ammoniaque.....	q. s.

Divisez en 96 pilules. — 2 à 3 par jour.

Celles de Biett :

Sulfate de cuivre ammoniacal..	1 gramme
Extrait de valériane.....	5 —

Pour 60 pilules. — 1 à 4 par jour.

La solution anti épileptique de Neumann :

Sulfate de cuivre ammoniacal..	1 gr. 50
Eau distillée.....	25 grammes

II à V gouttes par jour.

J. Frank utilisa le sulfate de cuivre ammoniacal chez les hystériques affectées de battements de l'artère cœliaque.

Schroeder van der Kolk prétendit avoir amendé la manie chronique avec 8 à 10 centigr., par jour.

Walker, Delarive, Willan préconisèrent le sulfate de cuivre ammoniacal dans la chorée nerveuse : ce dernier fixa les doses à 1/6 (0 gr. 008) ou 1/4 (0 gr. 0125) de grain deux ou trois fois par jour. Dans la solution citée plus haut de Neumann, dont celui-ci ce servit aussi dans la chorée, le malade ingère 0 gr. 015 à 0 gr. 03 *pro die* du médicament. Mercy (de Pesth) a voulu voir dans le sulfate de cuivre ammoniacal un spécifique presque infaillible de la danse de Saint-Guy :

Sulfate de cuivre ammoniacal..	0 gr. 40
Eau de menthe	100 grammes
Teinture d'opium	VI à VIII gouttes
Sirop simple	30 grammes

Digitized by Google

Chez un enfant de six ans, commencer par deux cuillers à café par jour ; augmenter successivement jusqu'à prendre la potion entière en 24 heures.

Le sulfate de cuivre ammoniacal faisait partie, avec acétate de morphine, l'extrait de fiel de bœuf et la quassie, des pilules de Berndt contre le diabète.

Jurine l'a mentionné comme remède préventif de l'angine de poitrine, sans spécifier la variété à laquelle il convient.

Rappelons les communications (1878-1881) de Féréol sur le traitement de la névralgie faciale épileptiforme par le sulfate de cuivre ammoniacal :

Sulfate de cuivre ammoniacal..	0 gr. 02
Sous-nitrate de bismuth.....	0 — 25

Pour un cachet. — 5 par jour ; 2 à chaque repas. On pourra arriver progressivement à 10 cachets par jour.

ou :

Sulfate de cuivre ammoniacal.....	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Eau distillée.....	100 grammes
Sirop de fleurs d'or. ou de menthe	30 —

3 à 4 cuillers à chaque repas, — le reste dans l'intervalle. (Il est à remarquer que la potion est d'un goût très désagréable, qu'elle occasionne ordinairement des nausées et un état saburral, ainsi que de l'anesthésie du sens du goût).

Je n'oublierai pas de relater, d'après l'Italien Mendini (1862), la guérison de l'aménorrhée et de la chlorose, rebelles à d'autres médicaments, par des pilules à 0 gr. 08 de sulfate de cuivre ammoniacal et 0 gr. 25 d'électuaire de rhubarbe : 2 à 4 par jour, une ou deux matin et soir.

Formulaire du Praticien

Traitement de la variole

En matière de variole, mieux vaut prévoir que guérir, et, en tout cas, la chose est bien plus facile, puisqu'on a un procédé simple : la vaccination. Mais une question de pratique se pose : quand doit-on revacciner ? En temps d'épidémie, la simple prudence impose à tous ce devoir, mais on se heurte quelquefois à des réponses comme la suivante : j'ai été revacciné il y a un an, deux ans, trois ans, mes vaccins n'ont pas pris, donc je n'en ai pas besoin. C'est contre cet absurde argument qui donne une fausse sécurité que les médecins doivent lutter. L'immunité vaccinale finit par se perdre au bout d'un temps plus ou moins long, et il est certain qu'une immunité très atténuée il y a un an, mais suffisante cependant pour empêcher la récupérativité vaccinale à ce moment, peut être complètement abolie aujourd'hui et qu'alors les vaccins prendront. Par conséquent, quelque faible que puisse être la proportion de ceux qui se trouvent dans de semblables conditions, il vaudra néanmoins mieux faire une revaccination inutile que d'être au terme de l'immunité, et risquer en temps d'épidémie, la contagion de la variole.

Mais, la variole étant déclarée, que faut-il faire ? Outre l'hygiène de l'appartement et du malade, outre les mesures prophylactiques, que l'on doit toujours employer en présence de toute maladie infectieuse, on donnera deux grands bains tièdes par jour, à la température de 30 à 34°. Lors de la période d'éruption, M. du Castel, conseille la médication éthéro-opiacée, c'est-à dire deux injections d'éther par jour, une le matin et une le soir, et dans la journée, à doses fractionnées, une potion contenant de 0.15 à 0.20 centigrammes d'extrait thébaïque. Dans les cas légers, on pourra se dispenser de ces doses intensives et donner une des formules suivantes :

Sirop de sucre.....	100 grammes
Ether à 65°.....	2 —
Alcool à 90°.....	5 —
Extrait d'opium.....	0 gr. 05

ou bien :

Essence de menthe.....	II gouttes
Extrait gommeux d'opium....	0 gr. 05
Ether sulfurique.....	2 grammes
Sirop de sucre.....	100 —

ou :

Liqueur d'Hoffmann.....	2 grammes
Extrait d'opium.....	0 gr. 05
Sirop de sucre.....	100 grammes

MM Lemoine et Dreyfus-Brisac sont également convaincus de l'utilité de cette médication éthéro-opiacée et pensent qu'on peut même aller à des doses élevées d'éther.

Dans certains cas, le perchlorure de fer, à la dose de XX gouttes par jour, sera un utile adjuvant.

Lorsque le cœur faiblit, les injections de caféine ou les potions à la caféine sont indiquées, et l'on évitera autant que possible l'emploi de la digitale. Si la tendance hémorrhagique est très marquée, on donnera la préférence à l'ergot de seigle, soit sous forme d'injections d'ergotine associées ou non à la caféine, soit sous forme de potion ou de cachets, que l'on formulera ainsi :

Ergot de seigle franchement pulvérisé.	0 gr. 10
Sulfate de quinine.....	0 — 10

Pour 1 cachet. — 4 par jour.

ou bien :

Ergotine.....	0 gr. 20
Glycérine.....	20 grammes
Sirop tartrique.....	50 —

A prendre dans la journée.

Il reste enfin une autre question, celle des soins à donner à la peau afin d'éviter autant que possible la formation de cicatrices vicieuses surtout au visage.

Pour cela, Talamon préconise des pulvérisations de une minute environ avec la solution suivante :

Sublimé..... } àà	1 gramme
Acide citrique..... }	
Alcool à 90°.....	5 cc.
Ether q. s. pour.....	50 cc.

Digitized by Google

et on enduit ensuite d'un glycérolé au sublimé au 1/15e.

M. Lemoine conseille la pommade suivante :

Salol	1 gr. 50
Vaseline	20 grammes

et de saupoudrer ensuite avec :

Talc	ãã
Amidon	
Salol	

On pourra également, surtout à la figure, faire matin et soir, sur chaque pustule, si elles ne sont pas trop confluentes, avec un pinceau très fin, une application de stérésol ordinaire ou modifié suivant la formule suivante de M. Herissey :

Gomme laque pulvérisée	60 grammes
Baume de tolu	5 —
Thymol	1 gr. 50
Alcool à 90°	50 grammes
Ether ordinaire	100 —

Filtrer.

Les douleurs dues aux pustules pharyngées seront bien calmées par des applications locales de :

Huile d'amandes douces	15 grammes
Eau de laurier-cerise	5 —
Chlorhydrate de quinine	0 gr. 30
Cocaïne	1 gramme

S. R.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pour régulariser la menstruation (A. Robin) :

On ordonnera à la malade de prendre, au moment des deux principaux repas, 8 jours avant l'époque présumée des règles, 1 à 3 cuillerées à café de la potion suivante :

Elixir de Garus	100 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis	ãã 5 gr.
— — de viburnum prunifolium	
— — de gossypium herbaceum	

On cessera, dès le jour réglementaire de l'époque, afin de ne pas influencer celle-ci ; mais si le flux traîne plus que raison, ce qui est fréquent, on reprendra la mixture dès le 4e jour. En cas d'intolérance pour les médicaments de cette prescription, on pourrait conseiller l'usage des pilules d'ergotine suivantes :

Ergotine	0 gr. 10
Poudre de sang-dragon	0 — 10

Pour une pillule : 4 à par jour.

ou bien la potion suivante :

Ergotine	5 grammes
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 grammes
Eau de tilleul	120 —

4 à 6 cuillerées par jour.

Pastilles contre la fétidité de l'haleine :

Café pulv.	45 grammes
Charbon végétal	15 —
Sucre pulv.	15 —
Vanille	15 —

Mucilage de gomme du Sénégal. Q. S.

Mêlez pour faire des pastilles de 1 gr. (5 à 6 par jour).

(Nouv. Rem.)

Emploi du tanin dans la tuberculose pulmonaire (Nerscheid) :

Tanin	6 grammes
Alcool	20 —
Glycerine	60 —
Elixir Garus	30 —
Eau dist.	160 —

F. S. A. — 3 cuillerées par jour.

Potion pour stimuler la perspiration cutanée chez les brightiques en imminence d'urémie (M. Lemoine) :

Chlorhydrate de pilocarpine	0 gr. 01
Potion gommeuse	100 grammes

F. S. A. A prendre : 3 à 6 cuillerées à soupe par jour.

La quantité de pilocarpine ainsi administrée, bien que faible, serait cependant suffisante pour activer les fonctions de la peau, sans donner lieu aux phénomènes pénibles que provoquent les doses plus élevées du médicament.

Un nouveau traitement de l'acné varioliforme. — L'acné varioliforme ou nécrotique est assez fréquente et caractérisée par une petite saillie rosée, bientôt centrée par une pustule éphémère qui ne tarde pas à être remplacée par une croûte un peu enfoncée ; elle recouvre une ulcération à fond gris sale, à laquelle succède, après une guérison toujours lente, une cicatrice déprimée et indélébile. Le siège de prédilection de cette acné, toujours douloureuse, est la lisière antérieure du cuir chevelu, la barbe, les pavillons de l'oreille et les ailes du nez. Quelque traitement qu'on fasse, les cicatrices restent apparentes. Or, M. Luithlen, de Vienne, vient de trouver un traitement simple et efficace. Un malade, atteint de cette acné à type récidivant, vint lui raconter incidemment que les bains de mer l'avaient régulièrement guéri ; comme le sujet avait essayé les traitements les plus préconisés sans aucun succès, M. Luithlen lui conseilla de faire des compresses avec une solution de 1 gr. 20 de sel marin pour 100 grammes d'eau bouillie. Le succès fut rapide et encouragea ce médecin à essayer cette méthode sur d'autres malades, où il vit régulièrement une guérison rapide et une cicatrisation moins vilaine que d'habitude. (*Wiener klin. Wochenschrift*).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

De l'anus contre nature. — C'est une opération qui consiste à aboucher l'intestin à la peau et à l'inciser pour permettre l'écoulement des matières arrêtées par un obstacle. L'anus contre-nature n'est souvent qu'un pis aller, une opération d'attente, parant à des accident graves immédiats, néanmoins ses indications sont encore assez nombreuses, ce qui fait dire à Lejars « qu'il doit figurer au nombre de ces opérations que tout médecin doit savoir faire et qu'il est, en conscience, obligé d'exécuter ».

Dans l'occlusion intestinale aiguë on aura recours à l'anus contre-nature dans deux circonstances; lorsque l'occlusion datant de plusieurs jours le malade est très infecté et qu'il est impossible de tenter avec quelque chance la laparotomie, en second lieu lorsqu'on se trouve dans de mauvaises conditions, seul, sans aides, sans outillage pour faire une laparotomie, et lorsqu'on n'a pas l'habitude de la chirurgie abdominale.

Dans l'occlusion chronique, l'anus contre-nature sera encore une opération de nécessité, elle est de courte durée, empêche les malades de mourir et permet plus tard une intervention radicale mieux réglée; c'est ainsi qu'en certains cas de cancer du rectum on pratique un anus préliminaire afin de faire l'antisepsie du rectum avant l'opération radicale.

Dans les hernies étranglées avec lésions intestinales étendues ou même avec lésions minimes mais chez des malades très affaiblis et placés dans de mauvaises conditions, l'anus contre-nature a l'avantage d'être pratiqué rapidement dans quelques conditions qu'on se trouve, de vider l'intestin distendu par des liquides qui risquent d'infecter le péritoine et d'empoisonner l'organisme, enfin il remédie aux phénomènes de parésie intestinale; l'anus contre-nature est incontestablement moins grave dans ces cas que les autres opérations intestinales; nous en avons d'ailleurs déjà précisé les indications (*Journ. des Pratic.*,, 1900, p. 372).

La technique de l'anus contre-nature diffère suivant les cas; Lejars distingue deux cas : ou bien on se propose d'établir un orifice permanent, définitif, en suturant à la peau le bout supérieur et en cherchant à fermer le bout inférieur, c'est l'anus contre nature, ou bien l'ouverture de l'intestin n'est que temporaire, provisoire c'est alors l'opération de Nelaton ou entérostomie.

Dans les deux cas, les soins préparatoires seront les mêmes que pour toute opération chirurgicale; l'opération pourra être pratiquée sans anesthésie générale, la cocaïne sera suffisante; cela est important à cause de l'état des malades.

1° Anus de Nélaton ou entérostomie. — Praticable sur tous les segments de l'intestin, on le fait généralement dans la fosse iliaque droite, Nelaton ayant remarqué qu'en incisant à ce niveau on avait toutes les chances d'arriver sur le cœcum ou sur une anse voisine; lorsque le cœcum est aplati on prend la première anse grêle qui se présente. C'est le procédé de choix dans les occlusions intestinales à siège indéterminé. Ses diverses temps opératoires sont les suivants :

1er temps : *Incision de la paroi abdominale.* — Incision dans la fosse iliaque droite à 2 ou 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure; cette incision légèrement courbe, longue de 8 à 10 centimètres répond par son milieu à l'épine iliaque. Le bistouri rencontre successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles grand et petit oblique, transverse, le fascia transversalis. Arrivé sur le péritoine on redoublera d'attention car les anses intestinales très distendues lui sont accolées; pour les éviter, on saisira le péritoine avec une pince à disséquer de façon à plisser la séreuse à laquelle on poura alors faire une petite boutonnière avec les ciseaux, on introduira l'index dans l'abdomen et l'on sectionnera le péritoine sur l'index au moyen de ciseaux mousses. Les anses intestinales ont alors tendance à sortir du ventre, on les maintiendra avec des compresses stérilisées.

2e temps : *Exploration et recherche du cœcum.* — Avant d'attirer l'intestin, on ne négligera pas d'introduire un ou deux doigts dans la plaie pour explorer la fosse iliaque, le bassin, la région sous-ombilicale; cette exploration donne parfois des renseignements très précieux sur le siège et la cause de l'occlusion, néanmoins on ne doit pas la prolonger longtemps. On recherche alors le cœcum, s'il est dilaté, c'est lui qu'on attire dans la plaie, s'il est affaissé, vide, c'est que l'obstacle siège sur l'intestin grêle et alors on peut, en partant de la terminaison de l'iléon, suivre l'intestin grêle pour remonter jusqu'à l'obstacle et attirer dans la plaie l'anse située immédiatement au-dessus. Si l'on a quelques difficultés dans cette recherche, ou si le temps presse, on attirera dans la plaie la première anse grêle dilatée.

3e temps : *Suture de l'intestin à la paroi et ouverture.* — Avant d'ouvrir l'intestin, il faut le fixer à la paroi par des sutures. Celles-ci peuvent être pratiquées de deux façons : perpendiculairement ou

Digitized by Google

parallèlement aux lèvres de la plaie. Les premières sont peut-être plus faciles à exécuter, mais elles ont le double inconvénient de couper facilement si l'on serre un peu fort, et de ne pas accoler très rigoureusement l'intestin à la paroi, aussi vaut il mieux passer les fils suivant l'axe de la plaie. Pour cela, on se sert d'une fine aiguille, fonctionnant bien, n'accrochant pas et de soie très fine; on conduit l'aiguille dans la tunique musculaire de l'intestin sur une longueur de 1 centimètre environ, en veillant à ne pas entrer dans la lumière de l'intestin. Cette partie moyenne de l'anse fixatrice prend l'intestin, les deux extrémités sont conduites à travers la paroi au moyen de l'aiguille qui a traversé l'aponévrose, la couche musculaire et le péritoine; les deux chefs, se trouvant ainsi au-dessus de l'aponévrose sur laquelle ils sont noués, accolent parfaitement l'intestin à la paroi. On passe deux fils de chaque côté fixant l'intestin à chaque lèvre de la plaie, et l'on termine l'accolement parfait par deux points transversaux placés l'un en haut, l'autre en bas. De cette façon l'anse se trouve fixée par sa face convexe sur une étendue de 3 centimètres environ, laissant entre chaque lèvre de la plaie une distance de 1 centimètre.

Avant d'inciser l'intestin à ce niveau on aura soin de fermer la plaie en haut en bas. par quelques points au catgut de façon à séparer complètement la surface intestinale de la cavité péritonéale.

Après avoir entouré le champ opératoire de compresses stérilisées on ouvre l'intestin au bistouri ou aux ciseaux sur une longueur de 1 à 2 centimètres, des matières s'écoulent en plus ou moins grande abondance; après avoir nettoyé le foyer, on prend avec une pince chaque lèvre intestinale pour la suturer par quelques points à la lèvre cutanée, on termine en plaçant un fil à chaque extrémité de l'incision, on obtient un orifice intestinal de petites dimensions, et sans éperon. Que va devenir cet orifice? L'écoulement des matières peut continuer à se faire par l'anus artificiel, il y donc obstacle incurable et l'anus restera définitif.

Dans d'autres cas, les phénomènes aigus une fois passés, un examen minutieux permet de faire le diagnostic du siège et de la nature de l'obstacle; on peut lever cet obstacle par une intervention et l'on supprime en même temps ou plus tard l'anus artificiel.

Enfin, au bout d'un certain temps les matières ne passent plus qu'en très petite quantité par l'anus artificiel, elles ont repris leur cours normal; on peut alors voir l'orifice intestinal se refermer de lui-même, mais le plus souvent son oblitération nécessite une petite opération généralement facile.

2° Anus contre nature. — On peut le faire également sur un segment quelconque de l'intestin; mais le lieu d'élection est l'S iliaque.

1er temps : *Incision de la paroi abdominale.* — L'incision est faite dans la fosse iliaque gauche, elle ne diffère pas de la précédente.

2e temps : *Exploration et recherche de l'S iliaque.* — Comme pour l'entérostomie, l'abdomen une fois ouvert, on explore rapidement la cavité abdominale, puis on recherche l'S iliaque, qui, lorsqu'elle est distendue, se présente d'elle-même; mais, dans les occlusions aiguës, c'est le plus souvent l'intestin grêle qui fait saillie dans la plaie ; il faut le refouler pour découvrir l'S iliaque et l'amener dans la plaie. Suivant le précepte de Verneuil, si on ne trouve pas d'emblée l'S iliaque, il faut la chercher en dedans vers la symphyse sacro-iliaque, vers le promontoire ; ses bandes longitudinales, ses bosselures, ses appendices épiploïques permettront de la reconnaître.

3e temps : *Suture et ouverture de l'intestin.* — L'S iliaque amenée dans la plaie doit être fixée et ouverte, mais de quelle façon? Les uns, avec Tillaux, font immédiatement sutures et ouverture, c'est l'anus en un temps; les autres font l'opération en deux temps, ils fixent d'abord l'intestin à la plaie et ne l'ouvrent qu'au bout de quelques jours, lorsque les adhérences sont établies.

a) *Procédé de Tillaux.* — L'S iliaque étant attirée au dehors, on fait un éperon très saillant; pour cela, il suffit de passer sous l'intestin à travers l'insertion mésentérique une tige rigide (sonde cannelée) puis on sectionne l'S iliaque en travers et l'on oblitère par des sutures le bout inférieur qu'on maintient dans la plaie par quelques fils ; le bout supérieur est ensuite suturé à la plaie abdominale.

On peut encore, comme le conseille Lejars, tirer complètement l'anse dans la plaie et la réunir par une couronne de points en anse au péritoine pariétal, les sutures étant placées au niveau de la partie moyenne à un centimètre au plus du bord mésentérique, de façon à constituer un large éperon. Puis l'anse est ouverte, soit par excision d'une portion ovalaire de sa surface saillante, soit par une incision longitudinale au bistouri ou au thermocautère, et l'on suture les bords à la peau. Il faut éviter de faire l'anus de trop grande dimension.

b) *Procédé de Maydl-Reclus ou en deux temps.* — Indiqué lorsqu'il n'y a pas urgence à évacuer le contenu de l'intestin. L'anse étant attirée dans la plaie, on traverse son mésentère avec une tige solide (sonde cannelée, baguette de verre) dont les deux extrémités reposent sur les lèvres de la plaie où elles sont fixées par un pansement au collodion. On rétrécit la plaie par quelques points de suture en haut et en bas et on applique un pansement. Au bout de quelques

Digitized by Google

jours (du 2e au 6e) lorsque des adhérences solides se sont établies, on ouvre l'anse comme précédemment; la sonde n'est enlevée que quelques jours après.

C'est un procédé d'exception, car lorsqu'on pratique l'anus contre nature c'est le plus souvent pour vider immédiatement l'intestin et l'ouverture s'impose d'emblée ; de sorte que le procédé en un temps est de beaucoup préférable.

Telle est la technique opératoire de l'entérostomie et de l'anus contre nature ; les soins post-opératoires ont une certaine importance ; aussitôt après l'opération le malade sera surveillé de très près, surtout si l'opération a été tardive ; l'éther, la caféine, le sérum en injections sous-cutanées pourront rendre de grands services ; on ne lui donnera pendant les premiers jours qu'un peu de champagne et de lait glacés. Le pansement sera renouvelé très fréquemment afin d'éviter l'irritation des bords de la plaie. Enfin, on donnera de temps à autre des laxatifs et des lavements, afin de maintenir le ventre libre. Les lavements nutritifs et les lavements de sérum seront d'une utilité réelle dans certains cas. — Henri Milhiet, *interne des hôpitaux*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les médicaments antithermiques. — M. le professeur Jacobœus dans le *Ugeschrit for Jæger* (1900), leur consacre une intéressante étude dont quelques points méritent notre attention. Les antithermiques peuvent agir soit directement, sur les combustions organiques comme la quinine dans le paludisme, l'acide salicylique dans le rhumatisme, soit sur les centres thermiques. La quinine agit un peu à part, car elle diminue l'azote urinaire, peut-être à cause de son action dépressive sur le système nerveux, à hautes doses, sans que le fait soit certain ; l'excrétion de Co^2 n'est pas diminuée. La quinine semble avoir une action spécifique sur les échanges azotés ; mais elle peut aussi augmenter les pertes de chaleur par la périphérie. C'est ainsi, d'ailleurs, qu'agit l'acide salicylique qui augmente en même temps les combustions organiques.

Quoi qu'il en soit des modes d'action des antithermiques, de leur utilité plus ou moins contestée contre l'élément fièvre, de la pathogénie de cette dernière sur laquelle M. Jacobœus insiste ; nous nous appesantirons et c'est là la partie la plus intéressante de son travall, sur les actions secondaires des médicaments réputés antithermiques.

Quinine. — Elle diminue les échanges azotés. L'abaissement de la température commence généralement quelques heures après l'ingestion du médicament et dure environ 24 heures. Ceci tient à ce qu'il s'élimine lentement. On peut le décéler dans l'urine encore 60 heures après la prise. Les petites doses stimulent le fonctionnement des organes, les fortes doses les affaiblissent. Il faut arriver à des doses élevées pour agir efficacement sur la température.

Les actions nocives de ce médicament sont nombreuses. On peut observer de la dyspepsie, des vomissements, de la diarrhée, car la quinine est une substance irritante. Assez souvent, on observe des accidents menaçants de faiblesse cardiaque. Du côté du système nerveux central, on peut observer de l'ivresse, de la stupeur, du coma, des convulsions et même des vraies psychoses assez durables. Les troubles sensoriels sont très communs. On a même noté des troubles circulatatoires dans l'œil et l'oreille, constatables par l'examen physique. Les exanthèmes quiniques peuvent revêtir différents aspects, la forme papuleuse, bulleuse, gangréneuse, hémorrhagique. Quelquefois, il peut y avoir de l'albuminurie. Ce n'est pas tout. Dans certains cas, rares il est vrai, mais bien constatés, la quinine a causé une élévation de la température, avec accès de fièvre intermittente. Les globules rouges peuvent être détruits par ce médicament. On a vu de l'ictère et de l'albuminurie.

La question est donc de savoir si l'on peut éviter, avec certitude, ces actions secondaires. La réponse est malheureusement négative. Il y a des idiosyncrasies impossibles à prévoir, si une expérience antérieure ne les a pas relevées. Les dyspepsies, les maladies du cœur, les néphrites sont des contre-indications au moins relatives.

Acide salicylique. — Son action antithermique est rapide et énergique. Mais il possède de nombreuses actions secondaires. On peut observer des vomissements, de la diarrhée, des difficultés d'uriner, de l'albuminurie, des exanthèmes, de la faiblesse cardiaque, du collapsus rarement, mais quelquefois mortel, des troubles psychiques et même des psychoses incurables. Il est impossible de prévoir ces accidents. Tel malade qui, dans une attaque de fièvre rhumatismale, a bien supporté l'acide salicylique, le supportait mal dans une autre attaque. Malgré le danger de l'emploi de l'acide salicylique, on ne peut nier que son introduction dans le traitement de la fièvre rhumatismale constitue un des progrès les plus réels de la médecine moderne, parce que, dans cette maladie, son action est spécifique. L'action antithermique n'est que très secondaire.

Le fait qu'on peut viser une action spécifique quand on prescrit l'acide salicylique dans la fièvre rhumatismale, nous permet de donner des doses relativement élevées, 3 ou 5 gr. par jour et jusqu'à 10 gr. de son sel sodique.

Pour ce qui est des antithermiques modernes qui sont, pour la plupart, des dérivés de l'aniline, du

Digitized by Google

pyrazol, de la phénylhydrazine, de la quinoline, leur nombre est incalculable.

Quand on croit créer de nouveaux médicaments en remplaçant, dans l'acétanilide par exemple, le radical de l'acide acétique par le radical des acides amidoacétique, lactique, citrique ou autres. C'est comme si l'on croyait créer de nouveaux médicaments en changeant le correctif ou l'adjuvant dans une formule magistrale. On a abandonné, et avec raison, les anciennes formules compliquées ; pourquoi y revenir de cette façon détournée. S'il y avait dss lois précises qui permettent de connaître d'une façon à peu près certaiue le plus ou le moins de toxicité d'une substance par le fait d'introduction de tel ou tel groupe d'atomes, cette façon de formuler constituerait un progrès réel. Malheureusement, il n'en est rien.

Voyons quelques-uns de ces médicaments :

L'hydracétine. — C'est un corps qui a des propriétés anti-thermiques, énergiques et durables. Mais, mêmes de petites doses (5 à 15 centigr.) peuvent produire des « actions secondaires » telles que : vomissements, cyanose, collapsus, destruction des globules rouges, avec anémie toxique. Dans un cas, on a vu une dose de 50 centigr. produire une diminution de la quantité d'hémoglobine de 95 0/0 à 35 0/0 et du nombre des globules rouges de 4 millions à 2,800,000. Une telle substance n'est pas digne du nom de médicament,

Des dangers pareils peuvent quelquefois se montrer avec d'autres mécicaments, l'antifébrine par exemple, quoique à un moindre degré. Mais on ne peut jamais le savoir d'avance, ni par la composition chimique, ni par l'expérimentation. Il est possible que des substances comme la triphénine, la pyrantine, la kryofine présentent des avantages sur l'acétanilide ou la phénacétine. Nous n'en savons rien, pas plus que les chimistes qui les vantent. A côté de ces médicaments inexpérimentés, il y en a d'autres, comme les dérivés de la kinoline qui sont connus — et condamnés.

Parmi les dérivés de l'aniline et du pyrazol, il y en a qui ont une valeur considérable, surtout les deux concurrents, l'antifebrine et l'antipyrine. L'abaissement de la température est à peu près aussi rapide avec l'un qu'avec l'autre, peut-être un peu moins rapide avec l'antipyrine, ce qui est un avantage, puisqu'une chute trop rapide de la température peut produire des frissons et du collapsus. L'énergie de l'action antithermique est difficile à comparer, car la même dose peut faire baisser la température d'une façon très inégale à différentes époques de la même maladie. Mais la comparaison de ces deux médicaments entre-eux est rendue encore plus difficile par le fait que ce n'est nullement l'action antithermique qui leur donne de la valeur. Les deux sont analgésiques chez les fébricitants aussi bien que chez les non fébricitants. C'est bien souvent à cette action analgésique qu'est due l'amélioration apparente du malade. Comme analgésique, c'est l'antipyrine qui semble remporter le prix.

Pour ce qui est des actions secondaires, elles sont légères. L'antipyrine cause souvent des nausées et des vomissements, surtout chez les femmes et les enfants, l'antifébrine moins souvent. L'antipyrine produit plus souvent des exanthèmes que l'antifébrine. L'antipyrine diminue plus souvent la diurèse que l'antifébrine. Le danger de collapsus est plus menaçant avec l'antifébrine qu'avec l'antipyrine, parce que le premier altère davantage le sang, en changeant l'hémoglobine en méthémoglobine. C'est pourquoi on doit préférer l'antipyrine.

La *phénacétine* possède à peu près les mêmes propriétés que l'antipyrine, mais produit moins souvent des actions secondaires. Elles ne manquent pas naturellement. Le médicament actif qui n'en aurait pas appartient encore au domaine des rêves.

La *lactophénine* occupe une place un peu à part par son action hypnotique et analgésique qui est très considérable. En échange, elle possède une propriété moins agréable, celle de donner lieu assez souvent à un ictère catarrhal, ce qui doit suffire pour condamner ce médicament, à moins que le besoin de calmer le malade ne soit urgent.

Le fait qu'un médicament comme le lactophénine peut occasionner un ictère *catarrhal* doit faire songer. Combien de complications, de maladies infectieuses sont dues aux médicaments, indirectement, comme la bronchite à l'emploi de l'éther comme anesthésique par exemple ?

Quand on aura parcouru toute la liste des antithermiques modernes, on s'apercevra qu'il n'en reste que peu de chose : l'acélanitide, la phénacétine, la lactophénine, l'antipyrine, et la salipyrine, — et c'est à peu près tout.

Quant à la question des doses, il est certain que si les actions secondaires peuvent se montrer même avec des doses minimes, elles sont bien plus fréquentes avec les fortes doses. Il faut de plus se rappeler que les médicaments antithermiques ne sont que des palliatifs destinés, non à guérir, mais à soulager ou à agir symptomatiquement. Cela nous commande d'éviter au moins les fortes doses.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

La toxicité de l'opium chez les enfants. — L'intoxication des enfants par l'opium est particulièrement fréquente en Angleterre. Pour les années 1837 et 1838, il résulte d'une enquête publiée par

Digitized by Google

ordre de la Chambre des communes, que sur 197 empoisonnements par l'opium, 72 concernaient des enfants en bas-âge. Sur 75 cas, en 1840, Taylor en compte 42 chez des enfants âgés de moins de 5 ans. Ces intoxications sont dues la plupart du temps au cordial de Godfrey ou à la solution sédative de Bettley. Ces produits sont très riches en opium, et on les emploie fréquemment pour calmer les enfants dans les districts ouvriers, pendant que les parents travaillent au dehors ; on administre deux, trois ou en plus grand nombre de gouttes de ces solutions aux enfants restés à la maison pour calmer leurs cris et les endormir en l'absence des parents, et c'est là une cause fréquente d'empoisonnements.

Les enfants présentent à l'égard des opiacés, une sensibilité extraordinaire. D'après M. Pouchet à qui nous empruntons ces renseignements (leçons de pharmacodynamie, t. II), on a vu la mort survenir chez un enfant de 6 semaines quelques heures après l'usage d'un lavement dans lequel on avait ajouté quelques cuillerées seulement d'une décoction de têtes de pavots. On a noté la mort d'un enfant de 8 mois, quelques heures après l'administration d'une potion renfermant quatre gouttes de laudanum de Rousseau, ce qui, évidemment, était une dose formidable. On a noté la mort d'un enfant de 9 mois, quelques heures après l'administration d'une potion renfermant deux gouttes de laudanum de Sydenham, et enfin la mort d'un enfant de 6 jours, après l'administration d'une potion renfermant une goutte seulement de laudanum de Sydenham. On a également noté la mort d'un enfant de 2 jours, à la suite de l'administration d'un lavement contenant une certaine proportion de teinture alcoolique d'opium correspondant à 6 milligrammes environ d'extrait thébaïque. Everest a rapporté le fait d'un enfant nouveau-né qui succomba à la suite de l'ingestion d'une cuillerée de café d'une potion de 30 grammes contenant 12 gouttes de teinture d'opium, ce qui répond pour cette cuillerée à café à près de 2 gouttes de teinture, quantité énorme à cet égard et laissant tout entière la responsabilité de l'accident à la charge du médecin qui avait imaginé cette singulière prescription.

Un enfant âgé de 5 ans 1/2 est mort après avoir absorbé 20 centigrammes de poudre de Dower; et un enfant, de 4 mois après l'administration de 5 centigrammes seulement de poudre de Dower. On a noté également un cas de mort survenu à la suite de l'administration d'une cuillerée à café d'élixir parégorique; d'une cuillerée à café également, de cordial de Godfrey, qui correspond à 25 millig. d'extrait thébaïque pour 30 gr. de liqueur. Quant à la solution sédative de Battley, qui est extrêmement riche en opium, puisqu'elle correspond à 1 centig. d'extrait thébaïque pour 2 gouttes seulement de cette solution, on a observé la mort à la suite de l'administration de 5 gouttes de cette liqueur chez des enfants, chez un enfant de huit ans, par exemple; et la mort d'adulte avec 20 gouttes de la même solution. —

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La déontologie médicale

D'après la définition de Max Simon, la déontologie médicale est la science des droits et des devoirs du médecin. Tous les médecins connaissent leurs droits, mais en ce qui concerne les devoirs, un trop grand nombre de praticiens, surtout au début de leur carrière, les oublient, soit systématiquement, ce qui est rare, soit par ignorance, ce qui est plus pardonnable, puisqu'il n'existe, dans l'enseignement médical actuel, aucun cours, aucune conférence ayant pour but d'instruire sur ce point spécial les jeunes médecins qui se lancent dans la lutte pour la vie.

Cependant la question est intéressante, et combien nombreux sont ceux qui ont eu à souffrir, dans leurs rapports confraternels, de cette lacune de leur éducation médicale. Le Congrès de médecine professionnelle et de déontologie médicale avait chargé le professeur Grasset, de Montpellier, d'étudier spécialement cette question et de présenter un rapport sur les moyens de répandre parmi le corps médical les principes de déontologie indispensables à la bonne harmonie entre gens qui s'estiment, qui ont les mêmes intérêts, les mêmes aspirations, en un mot le même idéal.

Les devoirs du médecin sont de deux ordres. Tout d'abord le médecin a des devoirs impérieux envers les malades et la Société, ceux-là, sauf de très rares exceptions, sont scrupuleusement suivis.

« J'ose dire, écrit le professeur Brouardel, que je n'ai trouvé dans aucune profession un dévouement plus absolu que dans la carrière que vous avez embrassée. Je ne veux pas parler du dévouement accidentel au cours des épidémies, ou de celui que provoque l'explosion d'une guerre : le danger et une certaine gloriole sont de puissants excitants. Je veux parler du dévouement obscur du médecin qui, chaque jour, à la ville ou à la campagne, va voir son malade, le soigne avec un courage et une abnégation sans bornes, au point, dans certains cas, de risquer son existence et d'engager sa réputation personnelle. »

A côté, il y a les devoirs des médecins entre eux, partie de la déontologie particulièrement délaissée et que le professeur Grasset a envisagé spécialement dans son rapport (1).

I. *Principes qui doivent présider aux rapports mutuels des médecins en général.*—Ces principes sont souvent ignorés ou

(1) Grasset. Rapport sur les principes fondamentaux de la déontologie médicale.

Digitized by Google

méconnus et de là naissent entre jeunes médecins et vieux praticiens, qui ne voient pas toujours sans quelque dépit un jeune confrère s'installer auprès d'eux, des dissentiments qui leur sont préjudiciables à tous deux.

Certes le médecin doit voir dans son diplôme le moyen de gagner honorablement sa vie et celle de sa famille. Mais il ne doit pas chercher, avec une impatience agitée qui exclut le discernement dans le choix des moyens, à se faire immédiatement au soleil une large place, qui corresponde d'emblée à ses légitimes ambitions d'avenir.

Il ne doit pas surtout voir, dans tous les confrères déjà arrivés, des ennemis à déloger et à supplanter. Il faut lutter pour la vie, mais à armes courtoises, en ne voyant d'ennemi que dans la maladie à abattre. Il ne faut pas qu'on puisse dire : *medicus medico lupus*. Il faut voir dans les confrères des émules, des guides, des exemples..., en tout cas des personnes qui ont déjà acquis et mérité l'honorabilité et l'estime que le jeune médecin espère conquérir à son tour, grâce au même diplôme.

En d'autres termes, les médecins doivent donner à leurs clients et au public l'exemple de la considération et de l'indulgence réciproques, ils ont intérêt à se considérer entre eux jamais comme des ennemis et des rivaux, mais toujours comme des collaborateurs et de vrais confrères.

Le jeune médecin ne doit pas croire que sa clientèle sera d'autant plus nombreuse qu'il jettra plus de discrédit sur ses confrères ; certes il n'est pas obligé d'en dire du bien quand il en pense du mal, mais dans ce dernier cas, son devoir est de se taire, et de ne pas plus le chuchoter ni l'insinuer que de le proclamer.

Il y a peu de temps le Syndicat des médecins de la Seine s'est inquiété de cette question et a adressé aux médecins des hôpitaux de Paris une lettre dans laquelle il les priait de s'efforcer d'éviter les jugements déplacés que les élèves des hôpitaux portent à la légère, parfois en présence des malades, sur le diagnostic et le traitement antérieur des malades hospitalisés. Chacun doit être persuadé que nul n'est infaillible; le médecin de quartier ou de campagne peut se tromper, et que le grand maître qui n'a jamais commis une erreur de diagnostic lui jette la première pierre.

Le médecin a examiné son malade en conscience, il a institué la médication qu'il a jugée utile, mais constatant l'inutilité de ses efforts, il adresse son malade à quelque spécialiste. Parfois celui-ci s'étonne que quelque chose ait pu passer inaperçu, blâme la médication et enlève ainsi au malade toute confiance en son médecin ordinaire.

Cela se présente surtout quand il s'agit de maladies spéciales. Dans ce cas, le spécialiste oublie que le médecin de quartier ou de campagne qui, tour à tour, doit se faire accoucheur, oculiste, auriste, parfois même dentiste, qui doit soigner le cœur, les poumons, les reins, le foie, l'estomac, ne peut être spécialiste dans chacune des affections de ces organes ; c'est à tort que lui, spécialiste, raille son confrère, dont souvent la situation scientifique est inférieure à la sienne, de ne s'être pas montré un médecin universel, alors que lui-même pourrait se trouver fort embarrassé s'il était obligé de dépasser la limite qu'il s'est volontairement assignée.

Le Professeur Brouardel rapporte, dans son livre sur la responsabilité médicale, la mésaventure suivante arrivée à un médecin de l'Hôpital des Enfants malades, mort depuis longtemps. Ce spécialiste avait été appelé à la campagne et avait donné ses soins à une fillette atteinte de dysenterie. Celle-ci rentre à Paris et revient consulter, accompagnée de sa mère. Le médecin ne la reconnaît pas; la mère explique le traitement suivi par sa fille quand tout à coup le médecin s'écrie : « Quel est donc l'âne qui vous a ordonné tout ceci ? » La mère de la jeune malade lui mit aussitôt devant les yeux l'ordonnance signée de son nom (1).

Le médecin doit respecter sa profession dans la personne de ses confrères, mais il est aussi indispensable qu'il la respecte en lui-même et ne commette aucun acte répréhensible, non pas judiciairement, cela n'a rien à voir avec la déontologie, mais moralement. Particulièrement, le médecin doit repousser tout ce qui peut faire soupçonner que les soins qu'il donne ne sont pas absolument désintéressés.

Les réclames à la quatrième page des journaux, les prospectus distribués sur la voie publique, les affiches dans les édicules, vantant les bienfaits de tel ou tel médicament, les mérites de tel ou tel médecin qui s'intitule professeur libre et membre de multiples associations savantes, ne sont pas faits pour rehausser le corps médical dans l'estime du public. Il serait bon, ainsi que l'a demandé au Congrès le Dr Richard Lesay (de Lille) que l'on introduisît dans la loi de 1892 un article analogue à l'article 25 de la loi que M. de Salvandy devait présenter en 1848 sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, disant que : « la consultation, les remèdes et le traitement des maladies, ne sont pas matières d'annonces ou d'affiches ».

On doit considérer comme manquant gravement à la déontologie ces médecins de villes d'eau qui font le raccollage des clients par l'intermédiaire des maîtres d'hôtel, des pisteurs des gares, ceux qui se laissent entraîner à envoyer des clients aux dentistes, aux orthopédistes ou aux pharmaciens, qui leur promettent une remise variant de 25 à 50 pour 100 des honoraires perçus.

La Chambre médicale de Vienne (1) a considéré d'une manière précise comme attentatoires à la dignité professionnelle : 1° les annonces dans les journaux et recueils autres que ceux de médecine ; 2° la demande ou la publication de lettres de remerciements émanant de malades traités ; 3° la recommandation, dans des brochures ou des conférences populaires, d'un médicament ou d'un procédé de médication, en opposition avec les méthodes usuelles ; 4° la remise d'une gratification aux sages-femmes, employés d'hôtel, etc., pour leur intermédiaire dans l'envoi des clients ;

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. LXIV 1900, p. 229.

(1) Adler. Rapport au Congrès de médecine professionnelle sur les Chambres médicales en Autriche.

Digitized by Google

5° l'apposition des plaques-réclames destinées à appeler forcément l'attention du public ; 6° l'annonce outrée d'un établissement ou d'un institut médical.

Enfin le médecin doit se mettre soigneusement en garde contre des affaires médico-financières dangereuses, dans lesquelles il pourrait se trouver entraîné. Telles sont les actions des Compagnies d'eaux minérales laissées à bon compte, ou les Sociétés pour l'exploitation de médicaments. Certaines de ces Sociétés disent dans leurs prospectus que le médecin n'est que moralement tenu à donner la préférence aux eaux minérales ou au médicament de l'exploitation desquels il est actionnaire, mais d'autres vont plus loin, et l'on a pu lire dans le *Réveil médical*, libelle adressé gratuitement aux médecins l'invite suivante : « Nous attirons l'attention de nos abonnés sur les articles concernant nos eaux et produits ; nous ne saurions trop le redire ; le *Réveil* est l'arme pour le combat, mais il lui faut des munitions. *Prescrivez donc nos produits de préférence aux similaires. Outre les dividendes qui vous en reviendront,* vous augmenterez notre puissance pour la propagande et la lutte. Aidez qui vous aide : nous combattons, *prescrivez.*

Certaines Associations médicales, particulièrement celle du département de l'Oise, ont émis l'avis que le médecin peut, sans déroger, devenir actionnaire d'un sanatorium. Le Dr Grasset ne partage pas cet avis, car, dans l'esprit du client qui saura son médecin actionnaire, il y aura toujours un doute sur la bonne foi de celui-ci, quand il lui prescrira la cure d'air ; il sera en droit de penser, à tort ou à raison, que la médication n'était peut-être pas d'une urgence absolue et que le praticien n'a pas été sans avoir quelque souci de ses intérêts personnels. *(A suivre.)*

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le président annonce le décès de MM. Duclos, de Tours, et Béranger-Féraud, correspondants nationaux.

La séance est consacrée au renouvellement du bureau.

M Riche est nommé vice-président en remplacement de M. Guyon qui passe président.

M. Vallin est renommé sécrétaire annuel pour 1901 ; M. Hanriot, trésorier. *(26 décembre).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Tuberculose pulmonaire ancienne : regression de celle-ci après le développement d'un rétrécissement mitral. — MM. Danlos et Gillet. Il s'agit d'une femme de 22 ans, née d'une mère turberculeuse, et chez laquelle M. Gillet constata il y a 11 ans des signes d'excavation au sommet gauche et le ramollissement au sommet droit. Sous l'influence d'un traitement approprié dont l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux formaient la base, et malgré les conditions hygiéniques déplorables, la maladie fit peu de progrès. En novembre 1900, le Dr Gillet constatait un état presque stationnaire.

A 13 et à 14 ans, elle eut deux attaques de chorée de faible intensité. Depuis, elle a eu deux abcès froids sous-cutanés, et une pleurésie sèche du côté gauche.

Actuellement, la poitrine présente à droite une sonorité à peu près normale, à gauche matité dans toute la hauteur en arrière.

A l'auscultation, gargouillement et souffle cavitaire dans toute la hauteur du poumon gauche. A droite, respiration normale. La malade, non cachectique, tousse fréquemment expectore des crachats muco-purulents dont le peu d'abondance contraste avec l'intensité des bruits cavitaires : ils ne renferment pas de bacilles.

A la pointe du cœur, qui bat dans la ligne axillaire et au niveau de 6e et 7e espaces, frémissement cataire assez intense ; roulement diastolique avec renforcement presystolique, caractéristique d'un rétrécissement mitral. Le développement de cette affection est postérieur à la chorée.

Ces symptômes supposent nécessairement l'existence de cavités multiples dans le poumon gauche ; mais, en s'appuyant sur l'amélioration de l'état général, la faible quantité de l'expectoration et l'absence de bacilles de Koch, on peut considérer ces cavités comme des excavations tuberculeuses guéries au sens clinique du mot.

Il y a tout lieu de penser que la tuberculose est entrée en voie de regression sous l'influence du rétrécissement mitral développé après les attaques de chorée.

M. Faisans n'a jamais observé que la cardiopathie exerçât une action favorable ou retardante sur la marche de la tuberculose. Cet antagonisme lui paraît aussi problématique que celui que l'on a dit exister entre la tuberculose et l'asthme ; et l'on sait combien est fréquente l'association de ces deux maladies.

Les fistules ano-rectales prémonitoires de la tuberculose pulmonaire. — M Bariè. On sait aujourd'hui que la fistule ano-rectale est une complication relativement fréquente dans la tuberculose pulmonaire. Le moment de son apparition est fort variable, la clinique montre que c'est généralement pendant le cours de la maladie nettement confirmée et peut-être plus souvent dans les périodes avancées de la maladie.

Cependant un groupe de cinq observations recueillies par M. Barié, montre de la façon la plus nette, que la fistule anale peut précéder la tuberculose pulmonaire d'un temps souvent fort long, parfois même de plusieurs années, les fistules ano-rectales, prémonitoires de la tuberculose, font suite à des abcès nés le plus souvent d'une façon insidieuse, mais qui peuvent, dans certains cas, succéder à un traumatisme local.

Purpura névropathique. — M. Lancereaux. Certaines hémorrhagies cutanées sont intimement liées à un trouble général du système nerveux. Leur siège et leur disposition ne peuvent à cet égard, laisser de doute dans l'esprit. Le

Digitized by Google

purpura nevropathique en effet occupe les membres plutôt que le tronc, et revêt tantôt la forme symétrique, tantôt la forme hémiplégique.

Les taches pourprées apparaissent tout à coup, sous l'influence d'une émotion, d'une crise de nerfs, par poussées et disparaissent lentement en changeant de coloration. Des œdèmes nerveux leur font souvent cortège, ou encore les fluxions articulaires chez les goutteux et les rhumatisants chroniques.

Le pronostic, relativement peu sérieux, devient grave lorsque ces hémorrhagies se répètent avec une abondance excessive.

La quinine et l'antipyrine, par leur action sur le système nerveux vaso-constricteur, sont les moyens les plus efficaces à leur opposer. On peut y joindre l'hydrothérapie et l'exercice, ces deux grands modificateurs du système nerveux. (*21 décembre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Hémorrhagie intra-péritonéale. — M. Tuffier On admet actuellement que les inondations sanguines du péritoine, ayant pour origine les annexes, sont provoquées par des grossesses extra-utérines rompues. Voici un fait qui montre qu'une origine purement ovarienne est possible.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, parfaitement réglée le mois précédent, qui fut prise subitement de coliques d'une violence extrême. M. Letoux, de Vannes, appelé à voir cette malade, constatant les signes d'un épanchement sanguin énorme dans le ventre, pratiqua d'urgence la laparotomie. Les anses intestinales flottaient au milieu d'une masse de sang qui remplissait tout le petit bassin. L'un des ovaires, largement déchiré sur son bord supérieur, saignait abondamment; l'autre ovaire était kystique. Ablation des annexes; l'utérus est laissé en place. Nettoyage et assèchement de la cavité péritonéale. Fermeture du ventre avec drainage. Les suites furent excellentes, la malade guérit (*12 décembre*).

Gastro entero-anastomose. — M. Routier rend compte de deux observations de M. Lafourcade, de Bayonne. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 43 ans, atteinte d'une grosse tumeur pylorique, très douloureuse. Cependant l'estomac n'était pas dilaté; il n'y avait eu ni vomissements, ni mélœna. Le chirurgien résèqua le pylore; puis, ne pouvant affronter les 2 surfaces de section, il sutura les 2 orifices isolément et rétablit la continuité du tube digestif par une gastro-entero-anastomose antérieure. La malade a bien guéri; la tumeur examinée était un épithelioma, qui n'a pas récidivé depuis 30 mois.

Dans le second cas, M. Lafourcade relate une gastro-entero-anastomose antérieure qu'il a pratiquée pour obvier à un rétrécissement cicatriciel du pylore. Les vomissements étaient abondants et répétés, alimentaires et aqueux, très acides Jamais il n'y avait eu de méléna.

M. Tuffier. — Il n'est pas certain que le second malade de M Lafourcade fût atteint d'ulcère de l'estomac. Le diagnostic de cette affection d'avec le carcinome stomacal est parfois fort difficile, non seulement pendant la période médicale de la maladie, mais encore après laparotomie, en présence de la lésion elle-même. Tous ceux qui font de la chirurgie gastrique savent que, à côté des cas bien nets d'ulcère et de cancer, il en est d'autres dans lesquels, pièces en main, il est matériellement impossible de trancher la question. Ce n'est que l'évolution ultérieure du mal qui en fait reconnaître la nature vraie.

M. Hartmann. — Dans la période de début du cancer gastrique, alors que les signes physiques font défaut, les examens du sang et du chimisme stomacal permettent quelquefois de porter le diagnostic de cancer. Ces notions nouvelles sont d'autant plus utiles à connaître, qu'il importe que l'opération soit pratiquée aussi tôt que possible.

Présentation de pièces. M Schwartz présente une pièce de fibromes de l'uterus avec obstruction du détroit supérieur, compliqués d'une grossesse de 4 mois et demi. Hysterectomie abdominale supra-vaginale, guérison. (*19 décembre*).

BIBLIOGRAPHIE

Moelle épinière et bulbe rachidien, par Fort, professeur libre à l'école pratique.

Extrait de l'*Anat. descriptive* du même auteur, chez Maloine, éditeur.

Livre didactique très clair et concis, avec beaucoup de figures qui en facilitent la compréhension. Il y a de plus des aperçus physiologiques et pathologiques qui intéressent le lecteur et atténuent dans une grande mesure tout ce qu'a d'aride l'anatomie descriptive pure.

Ce livre est excellent pour les débutants et les élèves qui ont toujours trop de tendance à aller chercher la complexité et l'abondance de détails dans lesquels ils se noient. Mieux vaut peu, mais précis, clair et suffisant, c'est ce qu'a fait M. Fort.

Nouveau formulaire des spécialités pharmaceutiques, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, par le Dr M. Gautier et M. F. Renault, pharmacien de 1re classe. 1 vol, chez Baillière et fils, éditeurs.

Formulaire très commode et utile pour connaître les spécialités dont les malades font quotidiennement usage, sans prescription médicale souvent, et sur lesquelles le médecin est parfois appelé à se prononcer, soit pour en apprécier la valeur, soit pour en constater les effets Mieux vaut une formule magistrale, mais il y a de bonnes spécialités, bien préparées, qu'on peut recommander, et qui se trouvent ici consignées.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin commencera le mercredi, 9 janvier, à 9 h. 1/2, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, ses leçons de clinique thérapeutique, qui seront consacrées aux maladies organiques de l'estomac. Les cours auront lieu tous les mercredis à la même heure.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 167, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Les fistules ano-rectales prémonitoires de la tuberculose pulmonaire

Par ERNEST BARIÉ, *médecin de l'Hôpital Laënnec*

On sait que Louis (1841) regardait la fistule anale comme exceptionnelle dans la tuberculose pulmonaire et que, de son côté, Laënnec déclarait avoir rarement observé la coïncidence des deux affections. Vers la même époque, Andral (1834) était plus affirmatif encore : « Nous ignorons, disait-il, comment a pu s'accréditer l'opinion généralement répandue que cette fistule est très fréquente chez les individus atteints de tuberculose pulmonaire; rien n'est plus inexact. » Et il ajoute n'avoir rencontré qu'une seule fois la fistule à l'anus sur environ 800 individus manifestement phtisiques.

Cette opinion n'est plus admise de nos jours : les recherches de D. Mollière, de Lyon, et celles de James Paget ont montré que la fistule ano-rectale est loin d'être rare dans le cours de la tuberculose et il n'est pas un clinicien qui n'ait vérifié le fait. Quant au degré de fréquence de cette complication, il est difficile à déterminer, et les statistiques des auteurs les plus autorisés sont assez variables à ce sujet : Bodenhamer donne la proportion de 8 cas de fistule environ sur 100 tuberculeux W. Allingham (1877) sur une statistique considérable donne un pourcentage de 14 phtisiques sur 100 cas de fistule, Spillmann (1878) sur 1470 tuberculeux trouve 523 cas de fistule, Pourieux (1874) trouve que la fréquence de la fistule anale peut être fixée à environ 5 p. 100 des cas de tuberculose pulmonaire, et c'est à peu près à cette proportion (exactement 4,91 p. 100) que se rattache Hartmann dans des recherches plus récentes (1893). Sans insister outre mesure sur ces statistiques, il reste démontré pour tous les praticiens que la fistule ano-rectale est une complication relativement fréquente dans la tuberculose pulmonaire.

La *nature spécifique* de la lésion péri-anale ne fait plus de doute pour personne ; en effet, Robert Smith (1883), Gangolphe, de Lyon (1884) et plus récemment Hartmann et Lieffring (1893) ont trouvé dans les foyers de suppuration de la marge de l'anus le bacille de Koch, tantôt isolé, tantôt associé à des staphylocoques et à des streptocoques.

Le *moment de l'apparition* de la fistule ano-rectale dans la tuberculose est fort variable, mais la clinique montre que c'est généralement pendant le cours de la maladie nettement confirmée et peut-être plus souvent encore dans les périodes avancées de la maladie. Cependant un groupe de cinq observations personnelles m'a montré de la façon la plus nette que *la fistule ano-rectale, peut précéder la tuberculose pulmonaire, d'un temps souvent fort long, parfois même de plusieurs années.*

Quoique cette proposition ne soit pas nouvelle, — encore qu'elle semble avoir été ignorée de plusieurs de nos classiques, même les meilleurs, — les observations précises de fistule prémonitoire de la tuberculose, ne paraissent pas très nombreuses : Féréol (1874), un des premiers, a signalé le fait, sans y insister autrement ; Pourieux dans sa thèse (1874), en rapporte quelques cas rares ; Peter, dans sa clinique médicale, a donné les détails de quatre cas intéressants, dont trois de sa pratique particulière (1876).

Pour mon compte personnel, j'ai pu observer cinq cas de fistule ano rectale, précédant l'apparition de la tuberculose pulmonaire d'un temps qui a varié de *dix-huit mois à quatre ans.*

Dans un de ces cas, il s'agissait d'une malade femme, c'est là un cas assez peu fréquent ; il existe, en effet à ce sujet, une différence importante entre les deux sexes : sur un relevé de 385 phtisiques hommes, on relève 23 cas de fistule, soit une proportion de 5,9 0/0, tandis que sur 148 femmes, on note seulement 5 fistules, soit 2 0/0.

En outre, sur les cinq observations que j'ai pu réunir, dans *trois cas* l'abcès fistuleux survint *spontanément* ce qui est la règle, mais dans *deux cas* très intéressants, la fistule ano-rectale fut *d'origine traumatique* ce que je n'ai pas vu signaler jusqu'ici.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ouvrier qui voulant peindre la marquise d'une station de chemin de fer en Algérie, était monté sur une échelle ; il perdit l'équilibre et tomba, d'une hauteur de 4 à 5 mètres, à cheval sur le rebord d'une brouette contre lequel la région péri-anale frappa lourdement ; un abcès péri-anal se déclara, il fut ouvert, mais le sujet conserva en cette région une fistule qui ne s'est jamais fermée. Un peu moins de deux ans après ce traumatisme, cet homme, d'une santé excellente jusqu'alors commença à tousser et au bout de quelques mois apparut une première hémoptysie.

Dans la suite, le malade quitta l'Algérie, et quand je le vis, il présentait les signes d'une tuberculose avec ramollissement au sommet gauche ; la fistule anale n'était point guérie.

Dans le second cas, il s'agit d'un ouvrier puisatier qui reçut, dans la région péri-anale, un coup violent porté par la manette en fer d'un treuil qu'il manœuvrait. Quelques jours après un phlegmon abcédé péri anal se manifestait ; on l'opéra à l'hôpital Cochin. Mais cet homme a conservé depuis, en cette région, une ouverture fistuleuse, qui semble se tarir à certains jours pour s'ouvrir de nouveau ensuite. Un an et demi environ après l'accident, cet ouvrier

Digitized by Google

perdit l'appétit, eut de la diarrhée fréquente et commença à tousser. Quand je le vis à l'hôpital de la Pitié, la tuberculose était devenue manifeste, et on trouvait des gargouillements aux deux sommets, principalement en avant du côté gauche.

Dans les trois autres faits, l'abcès fistuleux anorectal survint spontanément, sans cause locale apparente, et les premières manifestations de la tuberculose vers le poumon se manifestèrent au bout de trois ans, de quatre ans, de dix-huit mois environ après l'apparition de l'abcès fistuleux anorectal.

L'étude de ces cinq observations m'autorise à tirer les *conclusions* suivantes :

1° *Chez les tuberculeux, les fistules ano-rectales peuvent précéder d'un temps quelquefois fort long — plusieurs années même — l'apparition des premières manifestations pulmonaires ;*

2° *Ces fistules ano-rectales prémonitoires de la tuberculose font suite à des abcès nés, le plus souvent, d'une façon insidieuse, mais qui peuvent, dans certains cas, succéder à un traumatisme local.*

CLINIQUE MÉDICO-LÉGALE

Consultation médico-légale concernant l'avortement.

Par M. le Professeur Brouardel

Nous avons précédemment (voir *Journal des Praticiens*, n° 51) procédé à l'examen de la femme vivante, nous envisageons, aujourd'hui, celui de la femme morte.

A. Examen de la femme morte. 1° *L'utérus contient l'œuf ou ses débris.* — Messieurs, si, lors de l'autopsie d'une femme, vous trouvez à l'intérieur de l'utérus l'œuf perforé ou en partie décollé, il n'existe aucun doute sur la réalité de la grossesse et l'avortement criminel est probable. Si vous trouvez un placenta, il y a certitude de grossesse et vous devez l'examiner attentivement dans toutes ses parties.

2° *L'utérus est vide.* — Dans ce cas, vous devez noter soigneusement le volume de l'utérus et l'épaisseur de ses parois ; vous savez que de trois à quatre mois, époque la plus fréquente de l'avortement, elles ont environ 2 centimètres.

La recherche la plus minutieuse que vous aurez à faire est celle du lieu de l'insertion du placenta.

Ordinairement, celle-ci est reconnaissable pendant les huit ou dix jours qui suivent l'expulsion du fœtus ou de l'embryon. Mais la recherche est délicate, quand il s'agit de l'insertion du placenta embryonnaire, surtout si votre examen porte sur un organe altéré par une inflammation chronique, ou si la muqueuse utérine est tomenteuse et gorgée de sang, ainsi qu'il arrive à chaque période cataméniale.

Dans ce cas, même en vous aidant de la loupe, il vous sera fort difficile de reconnaître d'une façon certaine le lieu d'insertion, et même de savoir si l'utérus a récemment contenu un placenta. Afin de faciliter vos recherches, je vous conseille d'opérer de la manière suivante : vous ferez baigner l'utérus, débarrassé des caillots qu'il peut contenir, dans de l'alcool à 90° et vous ne compléterez votre examen que quelques jours plus tard. Il vous sera alors facile, sur la surface utérine décolorée, de retrouver, soit à l'œil nu, soit en vous aidant de la loupe, le point précis où le placenta se trouvait inséré.

Il est possible de faire le diagnostic de grossesse, même si la femme est morte depuis longtemps.

Vous savez, Messieurs, que l'utérus normal est la partie du corps qui est envahie la dernière par la putréfaction et il m'a été possible, dans deux cas, de faire le diagnostic de grossesse, la femme étant morte depuis plusieurs mois.

3° *Examen des ovaires.* — L'examen des ovaires peut vous donner quelques indications, mais je dois me hâter d'ajouter qu'elles n'ont qu'une valeur relative, et que, dans aucun cas, vous ne devez les considérer comme suffisantes pour établir votre diagnostic.

Vous savez, Messieurs, qu'après la déhiscence de l'ovisac, lorsque l'ovule s'est échappé, il se produit, à la place de la vésicule de Graff ouverte, un corps particulier, auquel on a donné le nom de *corps jaune*, dont la grosseur varie de celle d'un grain de millet à celle d'une noisette. Il est constitué par les débris de la vésicule de Graff qui s'hypertrophient et prennent une teinte jaune-citron. Au centre, se trouve souvent une petite cavité remplie de sang ou de sérosité et qui ne disparaît que lors de la résorption du corps lui-même. La coloration jaune est due à l'infiltration de granulations graisseuses dans les tissus en voie de dégénérescence.

Si l'ovaire n'a pas été fécondé, le corps jaune diminue rapidement de volume ; au bout d'un mois à six semaines, il est réduit à un petit tubercule induré qui ne tarde guère à disparaître, ne laissant à la surface de l'ovaire qu'une cicatrice étoilée.

Au contraire, quand l'ovule a été fécondé, le corps jaune augmente rapidement de volume ; il atteint une dimension de 16 à 24 millimètres et parfois même son volume peut arriver à égaler celui de l'ovaire. Cet accroissement dure jusqu'aux environs du quatrième mois de la grossesse ; le corps jaune diminue ensuite progressivement, de sorte qu'à la fin du deuxième mois, il n'a plus que 7 à 8 millimètres

Digitized by Google

de diamètre. Deux ou trois mois après la fin de la grossesse, il n'est plus représenté à la surface de l'ovaire que par une cicatrice rayonnée.

Coste avait tenté d'établir, en se basant sur la différence d'évolution entre le corps d'ovulation et le corps jaune de grossesse, un signe anatomique probant de l'état de conception récent de l'utérus. C'est aller beaucoup trop loin, et je me range absolument à l'avis de Depaul, qui a écrit (1) :

« Quelque importantes qu'elles soient, ces différences, il faut l'avouer, ne sont pas assez essentielles, ni d'une constance assez démontrée pour constituer, à elles seules, une preuve irrécusable qu'une femme avait ou n'avait pas conçu. Témoin, cette observation de Négrier, dans laquelle il est dit qu'une fille publique ayant succombé, on trouva à l'autopsie un corps jaune volumineux, se rapprochant beaucoup de celui de la grossesse, et ne ressemblant, au contraire, nullement à ceux de la menstruation, quoique cependant on n'ait pu constater aucun signe de gestation.

« Lors donc que, dans une autopsie judiciaire, on reconnaît très nettement à un corps jaune les caractères de l'un ou de l'autre état, on peut en déduire une *opinion probable*, mais non une conclusion affirmative. »

4° *Taches.* — Je n'insisterai pas ici sur l'expertise portant sur les taches que vous pourrez être appelés à examiner ; il est rare qu'on ait à faire ces recherches dans les inculpations d'avortement.

Si dans les scellés vous trouvez des linges souillés de sang, d'urine, de matières fécales d'adulte, cela ne vous donnera aucune indication sur la réalité de l'avortement.

Si, au contraire, vous trouvez des traces de méconium ou d'enduit sébacé, facile à reconnaître au microscope, vous devrez conduire votre expertise comme je vous l'ai dit à propos de l'infanticide (2).

5° *Traces matérielles de l'avortement.* — Lorsque des manœuvres directes ont été pratiquées dans le but de provoquer l'avortement, surtout si ces manœuvres ont consisté à introduire dans l'utérus un instrument rigide plus ou moins piquant, il n'est pas rare de constater, à l'examen des organes génitaux de la femme morte, des traces de l'acte qui a été commis. Il est facile de comprendre que l'instrument, manié sans grande précaution et conduit par l'opérateur à l'aide du doigt seul servant de guide, ainsi que cela se produit souvent, a des chances de rencontrer, et d'érailler plus ou moins profondément, les parois vaginales, le col ou le corps de l'utérus.

a) *Perforation du col.* — Le plus souvent, les blessures siègeant au niveau du col sont légères et, sur la femme vivante, vous ne trouverez presque jamais une lésion ayant une véritable valeur médico-légale. De plus, si la tentative d'avortement a été suivie de l'expulsion du fœtus, il vous sera difficile bien que le passage d'un fœtus de quelques mois n'occasionne pas une dilatation considérable du canal cervical, de reconnaître s'il y a eu déchirure par traumatisme ou déchirure par expulsion.

Si la femme a succombé à la tentative d'avortement, vos recherches, qui porteront alors sur toutes les parties de l'appareil génital, pourront être beaucoup plus probantes.

Vous pourrez constater plusieurs variétés de piqûres, souvent au séton. En effet, l'instrument piquant, après avoir pénétré dans le col, pourra venir buter contre la paroi, l'orifice interne étant plus étroit que l'orifice externe, et l'instrument ne pénétrera dans la cavité utérine qu'aprés avoir perforé le col dans une étendue variable.

Si l'instrument est mal guidé, quand, par exemple, l'opérateur se sert simplement de son doigt, sans employer le spéculum, et s'il existe une déplacement non diagnostiqué de l'utérus, l'instrument peut, avant de pénétrer dans le canal cervical, se trouver arrêté par une des lèvres du col qui sera perforée. Enfin, plusieurs cas ont été signalés dans lesquels l'instrument, mal guidé, est venu heurter le col aux environs de l'un des culs-de-sac, et la perforation siégeait obliquement dans toute l'épaisseur du col, sans que l'instrument perforant ait pénétré dans la cavité utérine (1).

Messieurs, la recherches des perforations du col de l'utérus présente certaines difficultés. Il s'agit le plus souvent d'un instrument de peu de volume, ayant produit un trajet filiforme. Dans ces conditions, je vous conseille de pratiquer l'examen aussitôt après que vous aurez extrait l'organe, en ayant soin, contrairement à ce que je vous ai recommandé pour la recherche de l'insertion placentaire, de ne pas décolorer l'organe par un séjour plus ou mois prolongé dans l'alcool, car, dans le cas qui nous occupe actuellement, vous serez surtout guidés par la couleur sanguinolente du trajet de la perforation. Cette précaution prise. il vous sera possible, en pratiquant des coupes successives et minces du col, perpendiculairement à son axe, de reconnaître la direction exacte qu'a suivie l'instrument perforant.

La nature de la blessure ainsi constatée, peut dans

(1) Depaul et Guéniot, *Dictionn. encyclopédique des sciences médicales*, article Menstruation, p. 687.
(2) Voir P. Brouardel, *L'Infanticide*, p. 165.

(1) Tardieu, *Etude medico-légale sur l'avortement*, 1898, p. 150 et suivantes.

Digitized by Google

certains cas, vous donner des renseignements sur l'instrument qui a servi à la produire.

M. Vibert rapporte le fait suivant (1). A l'autopsie d'une jeune fille morte peu de temps après une fausse couche, il trouva une piqûre ayant traversé obliquement, de bas en haut, toute l'épaisseur du col de l'utérus et une partie de sa paroi postérieure. Cette piqûre était tellement fine, qu'il était certain qu'elle n'avait pu être produite que par une aiguille à tricoter ou un instrument aussi mince. Or, la sage-femme incriminée avait avoué, dès le début, qu'elle avait pratiqué l'avortement, mais elle soutint, avec apparence de vérité, qu'elle n'avait employé qu'une sonde de femme, beaucoup trop volumineuse pour avoir pu produire la lésion trouvée à l'autopsie. Dans ces conditions, on admit que cette femme avait été opérée une seconde fois par une autre personne. La sage-femme inculpée fut acquittée.

b) *Perforation de l'utérus.* — S'il y a rupture de l'utérus, vous devez rechercher si elle est spontanée ou si elle a été produite artificiellement.

1° Rupture spontanée pendant la grossesse. — Elle est rare ; cependant Trask en a cité 12, survenues avant le sixième mois. Dans ces cas, il existe le plus souvent une malformation de l'utérus qui est une cause prédisposante. D'autres ruptures résultent de traumatismes violents subis par la mère. Enfin, il est des cas dans lesquels la rupture s'est produite spontanément, sans qu'il ait été possible d'en donner l'explication anatomique (2).

2° Rupture pendant le travail. — Elle est beaucoup plus fréquente ; les auteurs indiquent les nombres les plus discordants. Pour certains, il y aurait une rupture pour 300 accouchements ; Auvart indique une pour 1,000, Jolly une pour 3,000, Wieland une pour 6,000. D'autres auteurs donnent des chiffres indiquant une rareté beaucoup plus grande et Schrœder n'en a observé qu'une sur 43,138 accouchements.

Ces différences considérables entre les statistiques des divers auteurs n'ont rien de bien extraordinaire ; un accoucheur peut observer une série de ruptures, alors qu'un autre n'en verra pas de sa vie. Si vous en voulez une preuve, je puis vous rapporter le fait suivant : à la Maternité de Paris, de 1839 à 1849, sur 31,560 accouchements, on n'a pas constaté un seul cas de rupture, alors que de 1849 à 1858, sur 28,229 accouchements, il y en a eu 11.

Dans les cas de rupture au cours du travail, les causes sont d'ordinaire facilement appréciables. Il s'agit d'uu obstacle opposé à la sortie du fœtus, oblique de l'utérus, rigidité du col, tumeur obstruant en partie la filière pelvienne, ou d'une monstruosité du fœtus, volume exagéré, hydrocéphalie, ou enfin d'une présentation vicieuse.

A côté de ces causes, il faut noter celles qui favorisent la rupture ; telles sont les altérations pathologiques antérieures de la paroi utérine, l'amincissement du segment inférieur de l'utérus au cours de l'accouchement ; la saillie du promontoire ou les saillies anormales du bassin.

Je citerai pour mémoire les ruptures qui peuvent survenir, au moment de l'accouchement, à l'occasion d'une intervention manuelle ou instrumentale.

Les symptômes des ruptures spontanées sont les suivants : en général, il existe une phase prémonitoire pendant laquelle il y a exacerbation des douleurs normales de l'accouchement.

Au moment de la rupture, la femme éprouve subitement une douleur aiguë dans l'abdomen et a parfois la sensation d'un déchirement intérieur. Dans quelques cas, les personnes présentes ont prétendu avoir perçu un bruit particulier. Immédiatement après la rupture, la parturiente éprouve une sensation de bien-être, mais bientôt se manifestent les symptômes graves d'une hémorragie interne avec pâleur, sueurs profuses, syncope, ou ceux d'une péritonite aiguë avec nausées, vomissements, hoquet et algidité. La mort survient rapidement, à moins d'une intervention immédiate.

Cependant, Messieurs, la rupture utérine n'est pas fatalement mortelle. Je vous ai signalé le cas rapporté par le Dr Rose d'une femme qui avait une rupture complète : le fœtus fut retiré de la cavité péritonéale ; elle guérit parfaitement. L'enquête à laquelle se livra le Dr Rose lui apprit que cette femme avait eu antérieurement deux grossesses qui, elles aussi, s'étaient terminées par des ruptures utérines. Ce fait semble extraordinaire et, n'était la haute autorité du Dr Rose, je le mettrais volontiers en doute.

3° Perforations par manœuvre abortive. — Elles sont fréquentes ; elles siègent particulièrement sur le fond ou sur la paroi de l'utérus. Elles ont en général la forme de l'instrument qui a servi à les pratiquer et qui a traversé la muqueuse ou le tissu musculaire, constituant une sorte de tunnel, une rigole ou une plaie en séton.

On a dit qu'à la suite de ces perforations, qui créent, au niveau du point atteint, un *locus minoris resistentiæ*, il pouvait se produire, s'il y a de violentes contractions utérines au moment de l'expulsion du produit une dilacération plus ou moins grande des tissus, pouvant aller jusqu'à la rupture complète. Pour moi, je n'ai jamais eu l'occasion

(1) Vibert, *Précis de médecine légale*, 1900.
(2) Brouardel, *Le mariage : nullité, divorce, grossesse, accouchement*, 1900, p. 318.

Digitized by Google

d'observer ce fait et j'en ai cherché vainement un exemple dans Devergie et Tardieu.

Si l'instrument employé est propre, la perforation peut n'être suivie d'aucun trouble notable de la santé ; vous pouvez vous rappeler ce que je vous disais dans une leçon précédente. alors que je vous parlais des corps étrangers ayant échappé à l'opérateur et ayant pénétré dans la cavité péritonéale.

Quand l'instrument est souillé, il se produit une métro-péritonite, qui peut être rapidement mortelle, Si la survie de la femme est d'assez longue durée, l'aspect primitif des blessures peut se trouver profondément modifié par le fait de l'inflammation et de la suppuration.

J'ai eu l'occasion de faire, à la Morgue, l'autopsie d'une fille, sœur d'un sergent de ville, dont la mort rapide avait paru suspecte ; l'autopsie nous démontra qu'elle avait subi des manœuvres abortives directes et le volume de l'utérus nous amena à conclure à une grossesse de cinq à six mois. L'utérus avait été perforé au niveau de son fond, la perforation était punctiforme ; à peine visible sur la muqueuse utérine, elle allait en s'élargissant et, au niveau de la face péritonéale de l'utérus, il existait une perte de substance en infundibulum de la paroi de l'utérus.

Dans un autre cas, j'ai trouvé une disposition analogue, mais à une période moins avancée ; l'infundibulum était encore rempli par un sphacèle au milieu duquel il était fort difficile de reconnaître la perforation qui avait déterminé la lésion.

M. Richardière (1) a rapporté un cas analogue, concernant une femme adulte de 24 ans, du nom de D., sur laquelle il n'a pu avoir aucun renseignement clinique. Voici cette observation :

« L'autopsie, pratiquée à la morgue de Paris, nous a permis de constater, en plus de quelques signes de grossesse sur lesquels nous n'avons pas à insister (vergetures de l'abdomen, présence de lait dans les mamelles). l'existence d'une péritonite aiguë généralisée. Le péritoine renfermait au moins deux litres de liquide séro-purulent, dans lequel nageaient des fausses membranes molles et friables. L'utérus et ses annexes, tapissés de néo-membranes récentes, baignaient dans cette sérosité louche. Il n'y avait pas d'épanchement sanguin appréciable.

« L'orifice externe du col utérin était fermé, sans aucune déchirure.

« L'utérus était volumineux ; ses dimensions dépassaient les dimensions ordinaires de l'organe, examiné en dehors de la gestation. Le diamètre vertical mesuré du fond à l'orifice externe du col était de 10 centimètres ; le diamètre transversal mesuré d'une trompe à l'autre était de 8 centimètres. Les parois de l'utérus étaient épaissies, parcourues par de longs sinus veineux béants, remplis de sang et ne renfermant pas de pus.

« La surface interne de la matrice était couverte d'une sanie sanguinolente putrilagineuse (il n'existait aucune autre lésion traumatique que celle qu'il nous reste à signaler). Le fond de l'organe était le siège d'une perforation, faisant communiquer directement la cavité utérine avec le péritoine.

« Cette perforation occupait le sommet de l'organe. empiétant un peu sur la face postérieure. Elle mesurait 2 centimètres de diamètre antéro-postérieur, sur 2 1/2 de diamètre transversal, laissant passer assez facilement l'extrémité du petit doigt. L'ouverture, libre au centre, était masquée sur les bords par des débris filamenteux de tissu musculaire utérin désagrégé et mortifié.

« Une coupe du tissu de l'utérus, pratiquée au niveau de la perforation, montra que le sphacèle était limité aux bords de la lésion. Le tissu voisin était infiltré de sang coagulé, sur une étendue de 1 centimètre 1/3 environ.

« L'enquête judiciaire qui suivit l'autopsie ne put faire connaître les conditions dans lesquelles avait été pratiqué l'avortement. Elle amena la saisie au domicile de la femme D... de plusieurs objets, parmi lesquels un seul nous a paru avoir pu servir à l'accomplissement des manœuvres tendant à l'expulsion d'un fœtus. C'était une seringue en étain, composée d'un corps de pompe de 15 centimètres à laquelle s'adaptait une canule de 15 centimètres de longueur, courbée presque en arc de cercle, allant en s'effilant de l'ajutage à l'extrémité perforée. »

Cette observation se rapproche de celle rapportée par Winter, qui montra à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin un utérus gravide au cinquième mois, présentant une gangrène localisée de la paroi postérieure. Cet utérus provenait de l'autopsie d'une primipare célibataire, placée dans des conditions sociales qui avaient fait naitre des soupçons d'avortement criminel. Cette femme avait été subitement prise de coliques et de vomissements ; vingt-quatre heures après le début de ces symptômes, elle expulsait spontanément un fœtus. Le placenta, qui exhalait une odeur fétide, avait dû être extrait artificiellement. La malade avait succombé peu de temps après, avec des symptômes de péritonite généralisée.

L'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie et permit de faire une constatation intéressante. L'utérus était sain dans sa partie antérieure, mais au-dessus de l'origine des trompes, la paroi postérieure était épaissie et ramollie d'une manière uni-

(1) Richardière, *Des perforations utérines avec gangrène localisée (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3e série, t. XVIII, 1887).

Digitized by Google

forme. La partie médiane de l'épaississement était gangrenée et détruite, sur une étendue de la largeur d'une pièce de 5 francs ; il existait en ce point une perforation complète de la paroi de l'utérus. On avait évidemment, en pratiquant la tentative d'avortement, déposé le virus sur la paroi même de l'utérus, en ce point relativement accessible aux instruments employés à cet usage. Le virus avait provoqué une métrite aiguë gangréneuse et la perforation secondaire de l'utérus.

L'examen microscopique de la paroi de l'utérus montra que le muscle utérin très œdématié était détruit au niveau de la perforation. A la partie médiane, entre les deux zones, on voyait une grande quantité de micro-organismes agglomérés. L'espèce de cas micro-organismes fut impossible à préciser ; toutefois l'existence prédominante de bacilles de grande dimension était en faveur des organismes sapraphytiques de la putréfaction, qui avaient trouvé, dans des tissus privés de vie, un terrain favorable à leur développement (1).

Tardieu a trouvé dans des cas d'avortement provoqué des lésions semblables (2).

« Le péritoine était enflammé ; du sang altéré baignait les organes contenus dans le petit bassin. L'utérus, qui ne renfermait que quelques débris de placenta et qui offrait tous les caractères d'une récente délivrance, était perforé vers le fond de sa cavité. Les bords de l'ouverture étaient noirâtres, pulpeux, inégaux. Le tissu qui l'entourait, à une distance de 2 centimètres environ, étant aminci et ramolli superficiellement. »

En résumé, dans les perforations criminelles entraînant la mort. il y a deux stades, répondant à la rapidité de la mort de la femme. Si elle a été prompte vous trouverez seulement un trajet sanguinolent ; si, au contraire, elle a été plus ou moins tardive, vous constaterez des traces de suppuration, accompagnée de métro et de pelvi péritonite.

Messieurs, lorsque vous serez commis à l'occasion d'une expertise de ce genre, surtout si l'inculpé est un médecin, je vous conseille de suivre la ligne de conduite suivante :

Tout d'abord, vous demanderez au médecin inculpé d'assister à l'autopsie, au cours de laquelle il pourra vous donner des renseignements sur la manière dont a été conduite l'opération que l'on suppose avoir entraîné la mort ; puis vous lui demanderez de vous fournir une note écrite dans laquelle il exposera la cause de son intervention, la nature des opérations pratiquées et le mode d'exécution de ces opérations. Une fois l'autopsie terminée, vous lirez à l'inculpé votre rapport.

Dans l'affaire Boisleux de Lajarrige, il y avait eu déchirure de l'utérus, nous avons trouvé à l'autopsie les lésions suivantes :

Une fois le plastron thoraco-abdominal enlevé, les intestins apparurent avec une surface dépolie, présentant par places des taches ecchymotiques ; entre les anses intestinales, existaient de petits grumeaux purulents et des fausses membranes purulentes agglutinant quelques anses entre elles. Le lieu maximum de ces lésions se trouvait dans les parties inférieures du petit bassin, au voisinage des organes qui y sont contenus,

L'utérus avait 12 centimètres de l'extrémité du col au fond et 7 centimètres de l'ouverture d'une trompe à l'autre. Il présentait une solution de continuité, suturée à l'aide de quatre points de suture, intéressant toute l'épaisseur de la paroi. Au niveau de la paroi postérieure, on remarquait une surface sanglante et fongueuse ayant tous les caractères d'une insertion placentaire.

Cet examen nous amena à conclure que Mlle Thompson avait succombé à une péritonite purulente aiguë généralisée, semblant consécutive à une perforation de l'utérus.

(1) Winter, *Centralbl. für Gynæk.* — *Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Berlin*, séance du 27 nov. 1886.

(2) Tardieu, *Etude médico-légale sur l'avortement*, 5e édit, Paris, 1898.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les métaux pesants, considérés comme médicaments hématogènes, dans le traitement de l'anémie

Par le professeur CERVELLO (de Palerme).

Dès l'année 1879, je me suis occupé de l'action physiologique du fer, spécialement en ce qui a trait à son absorption, à ses transformations chimiques dans l'organisme, ainsi qu'à son action vaso-constrictive (1), et j'ai bien souvent essayé de rehercher le mécanisme intime qui permet au fer de reconstituer le sang, vu qu'à mon sens aucune des théories émises jusqu'à ce jour sur ce sujet ne repose sur des bases solides.

Pendant le cours de ces études, mon attention fut souvent attirée par quelques observations recueillies çà et là dans la littérature médicale et se rapportant

(1) *Sur l'action physiologique des chlorures de fer.* Archivio per science mediche. 1880. — *Absorption du fer et ses transformations chimiques.* Archivio di Formacol e Terap., vol. IV, page 157.

Digitized by Google

à l'augmentation du nombre des globules du sang produite par l'influence des divers métaux. Notamment en ce qui concerne le mercure, ce fait a été formellement affirmé. — Galliard, en administrant le sublimé et le protoiodure de mercure à des anémiques, non syphilitiques, a observé l'augmentation de l'appétit, du poids du corps, de l'hémoglobine et des globules rouges. — Robin a remarqué l'augmentation des hématies après l'usage du mercure, aussi bien chez les individus sains que chez les syphiliques.—Plusieurs expérimentateurs, tels que Bennet, Liégeois, etc., ont observé l'augmentation de poids du corps et du nombre des globules rouges chez les chiens et chez les lapins, auxquels on donnait de petites doses de sublimé.

Le pouvoir hématogène n'est donc pas une propriété exclusive du fer, mais il appartient aussi au mercure qui, pharmaceutiquement, est si éloigné du fer.

Dans la pensée que cette propriété était probablement commune à tous les métaux pesants, je résolus alors de soumettre mon idée au contrôle de l'expérience, et je publiai, en 1894, mon premier mémoire sur ce sujet (1).

Les expériences furent faites sur deux séries différentes de coqs et de chiens. Aux animaux de la première série, je donnais la nourriture habituelle en quantité constante et je mesurais journellement l'hémoglobine avec l'hémomètre de Fleischl ; quand les chiffres se maintenaient invariables, j'administrais le sel métallique. Il s'agissait donc d'animaux normaux, maintenus dans des conditions normales. Eh bien, dans ce cas, le cuivre, le zinc, le manganèse et le mercure déterminèrent une augmentation de quelques degrés de l'hémomètre.

Cette augmentation fut plus marquée encore dans une seconde série d'expériences, dans laquelle les animaux recevaient, autant qu'il est possible de le faire, une alimentation exempte de fer. Cette nourriture exempte de fer se composait d'amidon, d'albumine d'œuf, de gélatine, de sucre, de carbonate de sodium, de chlorure de sodium et de phosphates de potassium, de calcium et de magnésium. Cependant des traces de fer furent constatées dans l'amidon et dans l'albumine. Comme boisson, on donnait de l'eau distillée dans laquelle étaient dissous du chlorure et du sulfate de sodium et des carbonates de calcium et de magnésium, tous sels exempts de fer.

Dans ces conditions, on provoqua une anémie artificielle : le taux de l'hémoglobine diminua rapidement et notablement ainsi que le poids des animaux dont les conditions générales ne se maintinrent pas florissantes en raison de l'alimentation irrationnelle.

Il est digne de remarque que, dans ces conditions défavorables, on obtint toujours une augmentation de l'hémoglobine par l'emploi des métaux pesants. Cependant, on ne peut pas tenir longtemps les animaux en expérience parce qu'ils dépérissent.

Ce résultat, une fois obtenu, j'en voulus faire la preuve thérapeutique et j'employai le sulfate de cuivre jusqu'à 6 centig. en deux fois pendant les repas ; cette dose peut être portée bien au-delà sans aucun danger, pourvu qu'elle soit augmentée graduellement. N'ayant pas à ce moment dans mon service hospitalier des cas de chloro-anémie, je fis des expériences sur quelques formes d'anémie consécutive à la malaria chronique. Les malades étaient soumis à un régime constant ; ils ne prenaient aucun médicament en dehors du sulfate de cuivre, et on constata chez eux une augmentation de l'hémoglobine plus grande encore que chez les animaux (1),

M'étant trouvé dans l'impossibilité de poursuivre ces recherches initiales, elles furent reprises et en partie amplifiées par quelques-uns de mes élèves, aussi bien dans les laboratoiree que dans les cliniques.

Savoca (2) essaya le sulfate de zinc dans quelques cas de chloro-anémie et dans un cas d'anémie consécutive à la malaria chonique ; il l'administra à la dose de 1 à 6 centig. en deux fois pendant les repas et il constata que le chiffre de l'hémoglobine se doublait en peu de temps.

Scarpinato (1) étudia l'action du cupro-hémol, corps présentant un certain intérêt parce qu'il résulte de l'union de l'hémol et du cuivre, substances qui, toutes deux, sont retenues pour hématogènes (2) ; il obtint le même résultat tant chez les animaux que chez quelques individus anémiques. Il remarqua aussi l'augmentation du nombre des globules rouges. Comme conclusion de ses expériences, il recommanda dans la pratique médicale le cupro-hémol qui, contenant le cuivre à l'état de combinaison organique, n'a aucune action irritante sur le tube gastro-intestinal. Selon Merck, on en peut élever la dose de 0,1 à 0,5 grammes, trois fois par jour.

D'autres expériences furent tentées par *Guagenti* (1) avec le sulfate de cuivre, le sublimé et le calomel

(1) *Sur le pouvoir hématogène des métaux pesants.* Arch. di Farmacol e Terap. Vol. II, p. 545.

(1) *De l'influence du cuivre dans les anémies.* Arch. di Farm. e Terap. V. II, p 441.

(2) *Le zinc dans les anémies.* Arch. di Farm. e Terap. Vol. III, p. 218.

(1) *Sur le pouvoir homogène du cuprohémol.* Arch. di Farm. e Terap., vol. III, p. 557.

(2) *Selon l'expérience de* Marcadante *rapportée plus loin, l'hémol n'a pas de pouvoir hématogène.*

Digitized by Google

et ces trois sels se montrèrent d'actifs régénérateurs du sang.

Le travail de *Mercadante* (2) mérite une mention spéciale. Cet auteur trouva d'abord que l'hémol n'a pour ainsi dire aucune action par lui-même, ainsi que l'iodo-hémol et le bromo-hémol qui sont également inactifs ; cependant, quand il entre un métal pesant dans le molécule de l'hémol, le corps qui en résulte (ferro-hémol, cupro-hémol, zinco-hémol) acquiert un pouvoir hématogène bien marqué. En même temps, il observa que l'on peut obtenir les mêmes effets avec les sels inorganiques des métaux pesants et peut-être même en un temps plus court. Chez les animaux sains, on constate même une légère augmentation du nombre des globules rouges, augmentation qui n'est pas proportionnelle à celle de l'hémoglobine. Il semble donc que celle-ci subit dans le globule une plus grande concentration. Cependant, dans les formes d'anémie dans lesquelles les hématies diminuent, les hémols métalliques, ainsi que les sels inorganiques des mêmes métaux, non seulement régénèrent l'hémoglobine, mais augmentent parallèlement le nombre des hématies.

Dans un récent travail, *Pitini* et *Messina* (1) ont aussi reconnu des propriétés hématogènes au nickel et au cobalt. Ces auteurs ont fait des expériences sur des coqs, des lapins et des chiens, et ils ont constaté que pour les animaux sains l'augmentation des globules rouges est petite.

Les recherches effectuées par les différents expérimentateurs de 1894 à ce jour. sur les hommes aussi bien que sur les animaux, me semblent être assez nombreuses pour me permettre d'affirmer que le pouvoir hématogène n'appartient pas seulement au fer ; ce dernier partage cette propriété avec tous les métaux pesants. De ce fait, on peut tirer des déductions théoriques et pratiques que je crois être d'un certain intérêt. En effet, en ce qui concerne la théorie de l'action du fer, nous ne pouvons certainement pas admettre que la régénération de l'hémoglobine se produit par la pénétration du fer médicinal dans sa molécule, parce qu'alors il faudrait pareillement admettre que le cuivre, le zinc, le mercure, etc., agissent par le même mécanisme, c'est-à-dire que de même qu'il y a l'hémoglobine à base de fer, il s'en forme d'autres à base de cuivre, de zinc, de mercure, etc., etc., qui jouent le même rôle physiologique dans l'organisme animal. Cette conception est très hasardée et n'est pas actuellement admissible. Mais ce n'est pas le moment de m'arrêter à discuter cet argument, au sujet duquel j'ai des études en cours.

Pour ce qui regarde la pratique médicale, je crois qu'on peut retirer de ces recherches des applications utiles et que la thérapeutique hématique acquerra de nouveaux médicaments. Seul, un examen comparatif long et minutieux permettra de déterminer auquel des métaux pesants on doit donner la préférence, à l'exclusion, bien entendu, de ceux qui conduisent à un empoisonnement chronique.

Comme il s'agit de travaux de laboratoire et de clinique poursuivis dans mon école, je serais heureux qu'il fussent pris en examen par mes collègues et j'apprécie hautement l'honneur qui m'est donné aujourd'hui de les communiquer à des savants qui illustrent le nom français.

(1) *Sur le pouvoir hématogène des métaux pesants.* Arch. di Farm. e Terap. Vol. IV, p. 361.

(2) *Etude comparative sur le pouvoir hématogène de quelques hémols et de quelques métaux pesants.* Ibid. Vol. V, p. 521.

(1) *Sur le pouvoir hématogène du nickel et du cobalt.* Arch di Farm e Terap. Vol. VII, p. 1.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Contre les sueurs des phtisiques. — D'après Hirschfeld on obtiendrait de bons résultats en faisant frotter le corps du malade avec le mélange suivant :

Baume du Pérou		1 gramme
Acide formique	ãã	5 —
Hydrate de chloral		
Alcool absolu		100 —

On augmente la puissance du remède si l'on ajoute 1 gr. d'acide trichloracétique.

Lavement à employer dans la dysenterie chronique :

Teinture d'iode	X à XX gouttes
Iodure de potassium	0 gr. 50
Eau	250 grammes

(Delioux de Savignac.)

Emploi de la teinture d'iode en gargarisme dans les ulcérations syphilitiques bucco pharyngées :

Teinture d'iode	10 grammes
Glycérine	10 —
Décoction de roses de Provins	200 —

Poudre contre les végétations :

Poudre Sabine	5 grammes
Calomel	2 —
Sublimé	0 gr. 05

(Nouv. Rem.)

Pilules balsamiques au carbonate de gaïacol et à la terpine :

Terpine	0 gr. 05
Carbonate de gaïacol	0 — 05
Benzoate de soude	0 — 05
Goudron	Q. S. pour 1 pilule n° 40

5 à 10 par jour. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la coxalgie chez l'adulte. — Bien moins commune que la coxalgie de l'enfance, elle en diffère par sa symptomatologie, sa marche, son pronostic ; le traitement ne peut donc être le même. Morestin *(Gaz, Hôp.*, 1900) distingue les coxalgies *tardives* et les coxalgies *attardées* ou *prolongées*, ces dernières ayant débuté dans l'enfance et se continuant jusqu'à l'âge adulte. Dans ces cas, la maladie, en somme, suit son cours, et c'est cette maladie elle-même et non ses suites plus ou moins gênantes qu'il faut traiter.

La coxalgie tardive, au contraire, se développe sur une articulation et dans un organisme arrivés à leur complet développement ou au voisinage de cette période.

Dans la coxalgie tardive, les contractures, les attitudes diverses sont moins prononcées ; l'immobilisation est moins complète. On observe surtout l'adduction, il y a peu de flexion et de rotation. Mais les abcès se montrent de bonne heure; l'état général s'altère rapidement, la généralisation est plus fréquente que chez l'enfant. Il n'y a pas de tendance à la guérison spontanée, aussi le pronostic est-il mauvais.

Dans la coxalgie attardée, le membre inférieur présente une déformation caractéristique ; il est beaucoup plus court et plus grêle que l'autre. Il a subi un arrêt de développement d'autant plus accentué que l'affection a débuté plus tôt. Il offre, en outre, l'attitude vicieuse habituelle des coxalgies irrégulièrement traitées, adduction, flexion, rotation en dedans et luxation ou subluxation de la tête fémorale vers la fosse iliaque externe.

Les conditions de traitement sont très différentes dans les deux variétés et, dans les deux cas, les circonstances sont bien moins favorables que chez l'enfant, aussi les résultats laissent beaucoup à désirer.

Quel sera donc le traitement ? M. Nélaton pense que la résection de la hanche doit être chez l'adolescent et chez l'adulte, le traitement normal de la coxalgie. En effet, l'immobilisation, l'extension continue procurent des améliorations temporaires, mais bien rarement la guérison.

Il est presque impossible d'appliquer chez l'adulte l'extension avec toute la rigueur ; la guérison des abcès par les injections est très rare.

Le traitement opératoire peut-il donner mieux ? Dans l'espèce il s'agit de la résection de la hanche, car les opérations parcimonieuses, drainage, arthrectomie, sont de pauvres ressources chez l'adulte et ne donnent jamais de succès.

Tous ceux qui l'ont pratiquée, en particulier MM. Bœckel et Ollier, reconnaissent qu'ils ont obtenu de moins bons résultats que chez l'enfant. Cela tient peut-être à ce fait que la résection n'est faite que quand il y a des abcès fistuleux des suppurations profuses, c'est alors une opération de nécessité.

En opérant de bonne heure, on peut obtenir mieux et devant l'impuissance des moyens ordinaires, on est autorisé à cette intervention précoce.

De plus, ici, l'accroissement des os étant terminé, on n'aura pas à redouter, comme chez l'enfant, un raccourcissement consécutif. Les lésions osseuses sont moins étendues que chez l'enfant, souvent secondaires ; on peut enlever tout ce qui est malade et c'est dans ces conditions nouvelles qu'on peut espérer le succès. Les malades marcheront mieux s'ils guérissent. Ils peuvent guérir si la lésion est relativement récente et limitée.

Quoique la résection de la hanche soit une opération grave, malaisée, périlleuse, incertaine dans ses suites, il faut la faire le plus tôt possible et le plus largement qu'il se pourra ; on fera exception pour les coxalgies séniles qu'il faut respecter.

Le traitement ne sera pas le même dans la coxalgie attardée. Quand il s'agit d'un simple réveil après une trève plus ou moins longue, c'est souvent que l'ankylose n'était pas complète et qu'il s'est produit une légére entorse de cette jointure ayant conservé quelque mobilité. Il faut alors immobiliser la fracture, et, le plus souvent, on obtient la rétrocession de la poussée aiguë.

Le plus souvent, on observe un abcès de voisinage autour de l'articulation ankylosée ; ces abcés guérissent assez facilement. On commencera par les injections modificatrices, et, en cas d'insuccès, on pourra les ouvrir pour les gratter et réunir sans drainage.

Quand il n'y a jamais eu de rémission longue et complète, que toute la hanche est criblée de fistules et qu'il existe une attitude vicieuse, on ne peut espérer aucune guérison durable. Faut-il alors tenter la résection de la hanche? Peut-être chez quelques malades pourra-t-on faire une résection utile, mais chez la plupart il y a déjà un raccourcissement de 12 à 13 centimètres et plus, les lésions du fémur et de l'os iliaque sont très étendues et il faudrait supprimer le tiers supérieur du fémur et une partie du bassin ; à supposer qu'on obtienne un succès opératoire, le malade garderait un membre inférieur inutilisable.

Digitized by Google

L'on ne peut qu'une chose pour ces malades s'ils demandent une intervention, c'est les débarrasser de leur membre inférieur en faisant suivre la désarticulation d'un résection cotyloïdienne.

De même la désarticulation de la hanche avec résection pelvienne est aussi indiquée dans le cas d'échec de la résection chez l'adulte.

Donc, chez l'adulte, le traitement de la coxalgie ne doit pas se traîner trop longuement dans les voies conservatrices. Il ne sera pas quand même et toujours opératoire. Il faut tenir compte d'un grand nombre de contre indications relatives ou formelles qui, dans beaucoup de cas, commandent l'abstention. Mais si l'on intervient, il faut le faire tôt, pour que cet effort ne soit pas stérile, il faut le faire largement, pour que le bénéfice n'en soit pas illusoire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des fractures du calcanéum. — Les fractures du calcanéum sont peu communes : les causes les plus fréquentes sont une chute sur les pieds, que le talon ou que la pointe du pied porte le premier, un choc par un corps très lourd ou par un projectile de guerre, le passage d'une roue de voiture sur l'os ; cela suffit à expliquer leur plus grande fréquence chez l'homme.

On observe deux variétés : par arrachement et par écrasement, ces dernières étant la règle.

D'après le Dr Fougère (th., Paris, 1899), on peut reproduire expérimentalement les différents genres de fractures du calcanéum. La traction expérimentale du tendon d'Achille peut déterminer : a) un arrachement de la partie postéro supérieure du calcanéum ; b) une fracture horizontale ; c) une fracture du cuboïde.

L'écrasement expérimental du calcanéum détermine des lésions variables, mais dont le centre est le sillon qui sépare les deux facettes articulaires supérieures.

Cliniquement, l'importance fonctionnelle n'est pas toujours absolue. Dans la fracture par arrachement, elle est plus marquée, on peut sentir une dépression, s'il y a écartement des fragments, la pression au niveau de la fracture réveille une douleur exquise, on note du gonflement et une ecchymose sous et retro-malléolaire. Dans la fracture par écrasement, le malade peut marcher en boîtant, la douleur vive, spontanée, est réveillée par la pression bilatérale et plantaire, les malléoles, le cou-de-pied, une partie du dos, et de la plante sont le siège d'une tuméfaction marquée ; l'ecchymose existe toujours, à la face externe plus souvent qu'à la face interne.

Les difficultés du diagnostic sont réelles ; on pourra confondre avec une contusion de la région, une entorse tibio-tarsienne, une fracture malléolaire, une fracture de l'astragale, du cuboïde, une luxation de l'astragale ; la radiographie sera dans beaucoup de cas, indispensable pour poser un diagnostic précis.

Les fractures par arrachement guérissent lentement, mais sans suites désagréables ; le pronostic des fractures par écrasement est plus sérieux à cause des raideurs persistantes qu'elles laissent et qui sont en rapport, d'une part, avec l'importance des éléments nerveux qui peuvent être intéressés par le traumatisme, et d'autre part, avec le rôle primordial du calcanéum, comme base de sustentation.

Le traitement diffère suivant la variété : d'après le Dr Lecocq (th., Paris, 1900), le traitement des fractures par arrachement sera semblable à celui des fractures de la rotule et de l'olécrane. Les simples félures guériront avec le repos et le massage.

Les fractures par écrasement réclament une thérapeutique plus active : la réduction peut être opérée assez longtemps après la fracture, mais il vaut mieux en général la tenter dans les 8 ou 10 jours. Lecocq conseille avant la réduction de pratiquer dans certains cas une émission sanguine ; on commencera toujours par une friction suffisamment prononcée.

Pour la réduction d'une fracture par tassement : le genou doit être fléchi et le pied maintenu en équinisme : on obtient la réduction par des efforts de pression latérale sur chacun des deux côtés ; le dégagement des fragments est favorisé par quelques mouvements de torsion du pied. Pour maintenir la réduction, on appliquera une bande roulée en étrier ; ce bandage sera refait de temps en temps.

Après l'enlèvement de l'appareil, le massage, la mécanothérapie, la marche méthodique sera nécessaire au retour des fonctions de la région. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant. — Il est intéressant de savoir dans quelle mesure un accouchement anormal, c'est-à-dire prématuré ou terminé à l'aide d'une opération obstétricale, influe sur le développement ultérieur des troubles cérébraux chez l'enfant ; c'est cette question que notre collègue P. Tissier a chercher à élucider dans sa thèse (Paris 99).

Sur un groupe de sujets présentant des lésions cérébrales datant de l'enfance on trouve en grande proportion une anomalie de l'accouchement (22 p. 100), alors que dans la statistique générale de la ma-

Digitized by Google

ternité de Baudelocque la proportion d'accouchements anormaux n'est que de 11,65 p. 100. Ceux-ci seraient donc deux fois plus nombreux chez les idiots.

L'idiotie simple, l'épilepsie, la paralysie spasmodique, l'hydrocéphalie peuvent indifféremment être la conséquence de ces lésions obstétricales, sans qu'aucune anomalie spéciale puisse être rendue responsable d'accidents spéciaux.

L'arriération mentale, plus ou moins prononcée, existait chez tous les malades examinés par Tissier ; l'épilepsie simple est très souvent causée par les traumatismes obstétricaux.

Si l'accouchement prématuré est responsable dans une forte proportion des accidents constatés, ce n'est pas pour la simple raison que le développement intra-utérin a été interrompu avant terme; c'est plutôt parce que l'encéphale, ses vaisseaux et ses enveloppes, encore trop friables et insuffisamment protégés par le crâne mal ossifié, sont davantage exposés aux traumatismes inévitables de l'accouchement le plus anormal.

Cette cause intervient pour une part dans les accidents de la grossesse gemellaire qui se termine fréquemment avant terme.

Tissier pense que la primiparité expose davantage l'enfant au traumatisme obstétrical en raison de la plus grande résistance opposée à la sortie de la tête par l'organisme maternel.

Les anomalies de l'accouchement peuvent léser l'encéphale par trois mécanismes : 1° par contusion directe de la substance cérébrale; 2° par congestion partielle et rupture des vaisseaux intra-crâniens comprimés par le chevauchement des pariétaux (Kundrat) ; 3° par congestion générale du système veineux occasionnée par un obstacle à la circulation fœtale ; dans ce cas les hémorrhagies capillaires intra cérébrales semblent être plus efficaces que les hémorrhagies méningées.

Il existe probablement en plus toute une série de causes extrinsèques dont l'action vient favoriser et compléter l'action du traumatisme obstétrical. Les infections de l'enfant, pendant les premiers mois, tiennent certainement une grande place dans l'évolution des accidents ultérieurs.

Les recherches de Tissier montrent qu'il est une cause qui paraît avoir une influence importante, complexe, et particulièrement liée aux anomalies de l'accouchement ; ce sont des dystrophies héréditaires imposées au fœtus par les infections ou les intoxications des ascendants (alcool, plomb, tuberculose, fièvre palustre, syphilis).

Ces intoxications en général, sont susceptibles : 1° d'intervenir dans la production de l'accouchement prématué; 2° de déterminer une friabilité pathologique des tissus et des vaisseaux éminemment favorable à la production des accidents en cause; 3° de créer autour des lésions constituées une réaction inflammatoire spéciale qui aboutit le plus souvent à la sclérose et à l'atrophie cérébrales.

En résumé, les troubles cérébraux de l'enfant consécutifs à l'accouchement anormal, sont imputables au traumatisme cérébral direct et aux hémorrhagies intra-crâniennes par congestion; ces lésions sont préparées, favorisées et complétées par l'action des dystrophies héréditaires. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Signes laryngo-trachéaux de l'anévrysme aortique. — M. Collet (*Province Méd.* 1900, n° 25) insiste sur les phénomènes de compression de la trachée qui, au début, ne sont pas très marqués, mais peuvent être décélés par la *trachéoscopie*. On peut alors apercevoir sur la paroi gauche de la trachée, une saillie arrondie et régulière qui rétrécit la lumière du canal; il n'est pas rare que des mucosités accumulées sur ce point diminuent encore la perméabilité. A la surface de cette saillie, on peut voir des vaisseaux dilatés, animés de pulsations; d'autres fois la masse tout entière est animée de battements. La couleur est grisâtre à cause des altérations de l'épithélium.

Les pulsations peuvent être mises exceptionnellement en évidence au moyen d'une sonde poussée dans l'œsophage, jusqu'au niveau de l'anévrysme dont elle transmet les battements à une colonne de liquide.

On a signalé aussi des battements de l'éperon bronchique. La dyspnée peut manquer ainsi que le cornage; mais plus souvent, il y a dyspnée marquée avec ralentissement de la respiration et bruit inspiratoire.

D'une façon assez inconstante, le larynx est un peu dévié avec légère rotation. Quand les vaisseaux veineux du larynx sont comprimés par l'anévrysme, on constate un œdème laryngé généralisé; la muqueuse qui recouvre l'épiglotte et les aryténoïdes est livide et soulevée par le tissu conjonctif œdémateux qui la double. Ces signes ne sont pas de constatation facile. Il n'en n'est pas de même du signe d'Oliver que l'on peut rechercher de trois façons différentes :

1° Suivant les procédés d'Oliver, de Cardarelli et d'Ewart.

1° Procédé d'Oliver. — Le sujet à examiner doit renverser fortement la tête en arrière, de façon à élever le menton et à tendre ainsi la trachée par l'élévation passive du larynx ; on saisit alors légèrement

Digitized by Google

le bord inférieur du cartilage cricoïde entre le pouce et l'index comme si on voulait le soulever et on constate à chaque systole un léger mouvement d'abaissement du larynx attiré en bas avec la trachée.

2° Procédé de Cardarelli. — On applique la pulpe de l'index sur la face latérale du cricoïde de façon à l'écarter de la ligne médiane et à le maintenir refoulé dans la direction du sterno-cléïdomastoïdien du côté opposé, le menton étant préalablement relevé, on sent alors qu'à chaque systole le larynx est ramené sur la ligne médiane.

3° Procédé d'Ewart. — Le médecin se tient derrière le malade et soulève le cartilage cricoïde maintenu entre la pulpe des deux index; le larynx est ainsi dans un état d'équilibre instable, il se balance, pour ainsi dire, entre les deux index, et chaque secousse devient très facilement appréciable.

Le procédé d'Ewart est sujet à caution car Grinsdale a constaté. par ce procédé, des oscillations trachéales chez 16 p. 100 de sujets normaux ou atteints d'infections quelconques. Quoi qu'il en soit, le signe d'Oliver est caractérisé par un mouvement d'inférotraction lié à une secousse systolique due à ce fait que, par son siège spécial à la concavité de l'aorte, l'anévrysme pèse de haut en bas sur la bronche gauche ou sur la portion de trachée adjacente.

Un autre signe accompagne toujours ce signe d'Oliver, c'est la paralysie du récurrent gauche, il est vrai qu'on a observé des paralysies de la corde vocale droite, d'autres fois, aucune paralysie (Davidson).

Ces paralysies récurrentielles peuvent s'expliquer par divers mécanismes, ou bien, une compression directe du nerf par l'anévrisme ou bien par le tiraillement et l'élongation du nerf, ou bien par l'écrasement de ce même nerf, enterré dans le tissu conjonctif induré qui entoure la poche. Certains cas d'absence de paralysie du récurrent quand on observe un signe d'Oliver peuvent être dus, d'après Schrotter, à ce fait que la trachée elle-même peut-être tirée à chaque systole par des adhérences qui la réunissent au sac anévrismal. Les paralysies de la corde vocale gauche se traduisent à l'examen laryngoscopique par l'immobilité de la corde et par sa position variable. Tout d'abord, c'est la position cadavérique de Ziemmsem position intermédiaire à la respiration et à la phonation, c'est là la position la plus fréquente. D'autre fois, grâce à une compensation de la corde vocale droite, la glotte peut se fermer tout en gardant une direction oblique, d'autres fois la corde vocale gauche, quoique immobile, n'est pas en position cadavérique. Consécutivement à ces paralysies récurrentielles, la voix est altérée et prend les caractères de la voix ansérine ou voix bitonale de Jaccoud. On peut observer également des crises spasmodiques de dyspnée dues à la fermeture du larynx. Ces crises spasmodiques relèvent dans un certain nombre de cas des lésions intéressant les deux nerfs récurrents, comme dans une observation d'Onodi ou l'autopsie montra deux anévrismes. Les faits ou l'autopsie a montré qu'un seul récurrent était intéressé sont d'une interprétation plus difficile, tels sont les principaux signes les anévrismes de l'aorte à type récurrent.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La déontologie médicale (1)

II. *Principes qui doivent présider aux rapports mutuels des médecins traitants.* — Il est un principe qui domine tous les autres. Dans aucun cas, un médecin qui se respecte ne doit, sous aucun prétexte, enlever des clients à ses confrères.

Plusieurs cas peuvent se présenter. *En cas d'urgence et le médecin traitant étant absent*, le médecin appelé peut se rendre à l'appel du client, mais il doit insister pour que le médecin ordinaire soit appelé aussitôt que possible et pour que l'ordonnance qu'il aura formulée lui soit communiquée. Cela fait il se retire. Dans ce cas, il est de bonne confraternité que le médecin ordinaire demande au client pour une visite prochaine la présence du médecin qui a été appelé d'urgence.

En cas de maladie du médecin traitant, l'on peut se rendre à l'appel du client et lui donner des soins tant que durera la maladie du confrère, mais il faudra l'en prévenir, soit oralement, soit par lettre. Dès que le médecin ordinaire de la famille a recouvré la santé, le malade doit lui être remis dans une visite commune.

En cas de maladie nouvelle, non encore traitée, le médecin peut, sans restrictions, se rendre à l'appel du nouveau client qui réclameses soins.

Un cas plus délicat est le suivant : *le malade désire changer de médecin au cours d'nne maladie aiguë ou chronique,* régulièrement traitée jusqu'alors par le médecin ordinaire. Voici la règle de conduite indiquée par le Dr Grasset.

Que devez-vous faire? Vous vous rendez auprès du malade et vous commencez par vous informer du nom du confrère qui a déjà donné des soins. Que votre diagnostic confirme le sien ou soit contraire, vous ne devez rien en dire; vous ne devez pas, devant des personnes incompétentes, vous faire juge de la médication instituée par un confrère.

Au contraire, vous devez vous efforcer d'effacer les doutes que la famille peut avoir sur son médecin habituel, les réconcilier si c'est possible, et demander que l'on vous mette tous les deux en présence, afin de vous permettre d'étudier ensemble la médication à adopter.

Dans aucun cas, vous ne devez céder aux sollicitations du client et accepter de visiter le malade concurremment avec votre confrère, sans que celui-ci le sache. Vous ne devez jamais entrer chez un client par l'escalier de service.

(1) Suite et fin (Voir *Journal des Praticiens*, n° 1.)

Digitized by Google

Cependant, si, malgré vos exhortations, le client est formellement décidé à changer de médecin et vous choisit, vous ne pouvez refuser. Mais avant d'accepter, il faut que vous affirmiez au chef de famille qui vous a fait appeler qu'il est absolument nécessaire que vous ayez une consultation avec le médecin qui a commencé le traitement et que vous le priiez de lui demander un rendez-vous. S'il vient, vous lui exposerez la situation, et la meilleure chose qu'il ait à faire est de l'accepter. S'il ne vient pas, ce qui se produit le plus souvent, vous vous informez à nouveau, afin de savoir s'il a bien été prévenu, et, si l'on vous répond affirmativement, vous pouvez accepter ce nouveau client. Vous avez fait votre devoir, votre confrère a refusé, la consultation que vous lui proposiez, il a renoncé à ce malade.

Le médecin qui est ainsi délaissé n'a qu'à se résigner. Il enverra rapidement la note de ses honoraires, mais sans se laisser entraîner à ajouter la moindre récrimination ; toute explication ne peut que compromettre sa propre dignité.

La question de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires a été de tout temps fort discutée. Le Dr Salomon (de Savigny-l'Evêque) réclame l'application stricte de la circulaire, du général Loizillon, interdisant au médecin militaire l'exercice de la médecine civile. Les raisons sur lesquelles s'appuie la demande du Dr Salomon est que le médecin militaire a un traitement fixe, qu'il ne paye pas patente et qu'il a, en outre, le prestige imposé à la foule par les galons, de sorte que le médecin civil ne peut lutter avec lui qu'à armes inégales.

Le Dr Grasset est d'un avis opposé. Le médecin militaire pourvu du même diplôme que le médecin civil peut exercer la médecine civile. S'il y a incompatibilité au point de vue militaire, c'est à l'autorité compétente de l'interdire et non pas aux confrères de la demander. Pour ce qui est de la patente, c'est une affaire de fisc, en dehors de la question déontologique. Quant à la raison tirée des appointements fixes, elle n'a aucune valeur, car un grand nombre de médecins civils émargent au budget de l'Etat, des communes, ou recevant des traitements d'administrations particulières. (Professeurs de Faculté, médecins de lycées, de l'état civil ; médecins des chemins de fer, d'usines), sans qu'on demande pour eux une limitation quelconque de leurs droits d'exercice. Il n'y a donc pas lieu, du moment que les médecins militaires n'emploient pas des moyens déloyaux pour capter la confiance des malades, de demander une séparation absolue entre la médecine militaire et la médecine civile.

III. *Principes qui doivent présider aux rapports des médecins consultants avec leurs confrères.* — Quand la consultation est demandée par le médecin, il propose en même temps le médecin consultant qui est généralement accepté par la famille. Si au contraire la famille demande soit une consultation, soit accepte la consultation demandée par le médecin, mais avec un médecin qu'elle a choisi, le médecin traitant doit accepter, quelle que soit l'infériorité apparente du consultant comme âge, grade ou situation, du moment que son honorabilité professionnelle et personnelle est indiscutable.

Un point spécial et fort discuté est celui de la *consultation avec un médecin homéopathe.*

Deux cas peuvent se présenter :

Dans le premier cas, si l'un de nous est traitant, et si on lui demande d'avoir une consultation avec un homéopathe, il doit refuser ; car on ne peut accepter une consultation qu'en acceptant, au moins en principe, le traitement qui sera proposé par le médecin consultant ; dans l'espèce, le traitement sera homéopathique : vous ne pouvez accepter de l'appliquer et de le surveiller.

Mais si, le médecin traitant étant homéopathe, on nous demande une consultation, nous pouvons l'accepter ; à la condition absolue que la discussion portera exclusivement sur le diagnostic et que la conclusion thérapeutique de la conférence sera, sans discussion doctrinale, formulée suivant les règles et les doses de la thérapeutique classique.

Le cérémonial autrefois indiqué pour la manière dont doit être tenue la consultation est aujourd'hui bien démodé.

La vraie, la seule recommandation à faire, très sévère, c'est que « pendant son examen clinique et après cet examen, en présence du malade et de la famille, le médecin consultant ne doit rien dire, ouvertement ou à mots couverts, qui puisse laisser deviner son diagnostic, surtout s'il y a une divergence d'opinion avec le médecin traitant. Il ne doit non plus rien indiquer du traitement qu'il veut instituer, avant d'avoir été en conférer avec son confrère »...

S'il y a divergence d'opinion entre les deux confrères, le consultant fera la prescription que lui dicte sa conscience, sans faire de concession à la camaraderie ou à tout autre sentiment... En tout cas, une fois revenu en présence de la famille, il ne proclamera pas la divergence d'opinion, si elle existe, et la nouveauté du traitement prescrit. Il présentera les prescriptions comme le corollaire des prescriptions précédentes, ou comme la réponse à des indications nouvelles, qui n'existaient pas les jours précédents.

Cependant quand les deux médecins sont d'avis absolument différents, ils devront, avec tout le tact désirable, prévenir la famille de leur divergence d'opinions et demander qu'il leur soit adjoint un autre médecin, dont l'avis prévaudra.

La question du partage des honoraires est des plus délicates. Il y a souvent une disproportion énorme entre les honoraires du médecin traitant et du consultant, surtout quand ce dernier est un chirurgien. Aussi peu à peu s'est-il introduit dans les mœurs médicales un usage profondément blâmable et condamnable, celui de la *dichotomie*. Le médecin traitant et le consultant partagent les honoraires ; le consultant se trouvera donc amené à majorer le prix de sa consultation au profit de celui qui l'a appelé. Cette habitude, connue du public, a été l'une des causes principales du discrédit dans lequel est tombée la profession médicale.

Dechambre, dont le livre « *le Médecin* » est un véritable code de déontologie médicale, y écrit que dans un temps il a accepté ce partage, mais, ajoute-t-il, « la malice s'en

Digitized by Google

est mêlée », et, actuellement, quiconque est jaloux de l'estime publique et de la dignité de son art, doit refuser, sous quelque prétexte que ce soit, toute participation aux honoraires des chirurgiens et des médecins consultants. « Le consultant doit faire honorer largement le traitant par la famille de manière à atténuer le plus possible la différence entre leurs honoraires ; c'est franc, loyal, connu de tous. Mais pasde partage honteux et caché ; le médecin ne doit ni offrir ni accepter une part des honoraires d'autrui : ce serait un aumône ou une commission. Les médecins doivent être au-dessus de l'une et de l'autre. »

IV. *Principes qui doivent présider aux rapports des médecins consultants dans leur cabinet avec leurs confrères.* — Le cabinet est un terrain neutre, sur lequel on peut donner une consultation à tous les malades qui le demandent, quel que soit le médecin traitant.

Si le malade avertit le médecin qu'il a déjà consulté un autre médecin et qu'il vient à lui pour avoir la confirmation du traitement qui lui a été ordonné. il sera bon de lui démontrer que rien n'est plus préjudiciable et plus contre-médical que de consulter plusieurs médecins en dehors les uns des autres, pour choisir ensuite l'ordonnance qui semble la moins désagréable à suivre.

Si le malade désire aller voir un médecin consultant dans son cabinet et en avertit son médecin traitant, celui-ci doit remettre à son client une lettre détaillée, sorte de résumé d'observation, où il notera les médications qui ont été employées et les résultats obtenus. Le médecin consultant rédigera une consultation écrite, qui sera remise par le malade à son médecin habituel. Ce dernier en surveillera l'exécution, tout en conservant la faculté de modifier les doses ou la nature des médicaments prescrits suivant les indications fournies par l'évolution de la maladie.

V. *Principes qui doivent présider aux rapports des médecins d'eaux et spécialistes avec leurs confrères.* — Quand un médecin adresse un malade à un *médecin d'eaux*, il remet à son client une lettre destinée à son confrère, qui institue et dirige le traitement pendant le séjour du malade à la station balnéaire et est substitué au médecin ordinaire pendant tout ce temps. Au moment du départ, le médecin d'eaux remet au malade une lettre, relatant les incidents survenus pendant le traitement, dans laquelle il peut ajouter, au besoin, quelques conseils sur le traitement ultérieur de la maladie.

Le malade, rentré chez lui, redevient, pour ainsi dire, la propriété de son médecin traitant et le médecin d'eaux ne doit, en aucun cas, le revoir hors de la présence de celui-ci, non plus que chercher à le faire mettre de côté.

Le *spécialiste* agissant comme *consultant* est soumis aux règles énoncées au paragraphe IV. Si le médecin traitant adresse un malade à un spécialiste, pour traiter une maladie locale, celui-ci devient, pour un temps, médecin traitant, mais une fois la maladie pour laquelle le malade lui a été envoyé, terminée, son rôle est terminé et il doit le renvoyer au médecin ordinaire, porteur d'une lettre explicative.

Le Dr Grasset termine son rapport par les conclusions suivantes, qui, sauf de très légères modifications, ont été adoptées à l'unanimité par les membres du Congrès :

1. Quoi qu'en disent des confrères, sceptiques ou découragés, il y a une question déontologique et elle n'est pas insoluble.

Le but de ce rapport est de la poser nettement et d'en montrer à la fois l'importance et les difficultés.

D'ailleurs, quoique la déontologie médicale comprenne l'ensemble des devoirs des médecins, nous n'avons mission de nous occuper que des devoirs des médecins entre eux et encore seulement au point de vue des principes fondamentaux qui les régissent.

2. L'ignorance de la déontologie (et sa conséquence naturelle, le défaut de confraternité) est une des causes de la crise médicale actuelle, en ce qu'elle discrédite les médecins et déprécie la profession médicale.

Il faudrait qu'aucun confrère ne puisse, le cas échéant, arguer de son ignorance de la déontologie.

Or, actuellement, cette déontologie n'est formulée nulle part. Elle attend son code, qui n'est ni dans la loi civile ni même dans la loi morale usuelle.

3. Et cependant, s'il y a des points de déontologie sur lesquels tout le monde est d'accord, et que par suite il est inutile de discuter et de fixer, il y a aussi un certain nombre de points litigieux, sur lesquels il serait au contraire nécessaire d'établir une règle générale, acceptée de tous.

Telles sont, par exemple : la question de savoir où commencent et finissent la réclame, la médecine au rabais, la déloyauté dans la concurrence, — la question de la souscription des médecins à des actions d'un établissement hydro-minéral, d'un sanatorium ou d'une fabrique de spécialités, — la question des conditions dans lesquelles un client peut changer de médecin au cours d'une maladie, — la question des médecins ambulants, — la question de savoir si on doit accepter tous les médecins comme consultants, — la question de la dichotomie, — la question des consultations gratuites dans le cabinet, dans une polyclinique, à l'hôpital...

Nous avons, dans ce Rapport, donné notre avis sur divers points. Mais cet avis n'est pas celui de tous mes confrères ; parfois même il n'est pas celui de la majorité de mes confrères ; en tous cas, il ne peut pas avoir force de loi.

4. Il y aurait donc lieu de rédiger un code de déontologie médicale.

Pour que ce code ait toute l'autorité désirable, il faut qu'il n'émane ni d'un individu, ni d'une localité ou d'une région, ni d'une corporation ou association quelconque ; il faut qu'il émane de la profession médicale tout entière.

De plus, il faut un pouvoir, une juridiction, une autorité (purement morale, mais acceptée de tous), chargée d'interpréter ce code et de l'appliquer, seulement dans les cas difficiles.

5. Je propose donc la création d'un conseil supérieur de la médecine professionnelle, qui, grâce à la largeur de sa base de recrutement, représenterait bien la profession entière.

On pourrait le constituer auprès d'un ministère. Mais ses mem-

Digitized by Google

bres, tous élus et à fonctions gratuites, seraient désignés par les Facultés et écoles de médecine, les académies et sociétés médicales scientifiques de Paris et de la province, les syndicats médicaux, les associations médicales de prévoyance, d'assistance ou de secours mutuels, la presse médicale...

6. Si vous décidez (ce qui paraît désirable) le renouvellement périodique des congrès internationaux de médecine professionnelle et de déontologie (tous les trois ans, par exemple, l'année et au siège du congrès international de médecine), le conseil supérieur de la médecine professionnelle pourrait y rendre compte, dans un rapport, de ses travaux pendant la période triennale précédente.

Les élections de renouvellement auraient lieu ensuite.

7. Ce conseil n'aurait du reste à s'occuper que des questions de déontologie entre médecins, et nullement des questions entre médecins et collectivités ou individualités extramédicales.

Dans son domaine, le conseil n'aurait pas à connaître des cas particuliers qui resteraient du ressort des sociétés et associations locales déjà existantes. Mais il interviendrait en appel toutes les fois que les sociétés locales ou les confrères le saisiraient d'une question de principe à préciser à propos d'un fait particulier.

8. Le premier conseil élu aurait, de plus, pour mission de rédiger un code déontologique, essentiellement revisable, mais qui aurait force de loi morale.

En tête de code, on pourrait inscrire, comme épigraphe, le mot de Marc-Aurèle : « Ce qui n'est pas utile à l'essaim n'est pas utile à l'abeille. » Et chaque jeune docteur en recevrait un exemplaire, le jour de la soutenance de sa thèse, des mains de son président.

9. Il est évident que les détails d'organisation de ce conseil ne sont énoncés dans ce rapport qu'à titre d'exemple : ils pourront être renvoyés par le congrès à l'examen d'une commission.

J'insiste auprès du Congrès pour qu'il veuille bien discuter la création d'un Conseil supérieur de la médecine professionnelle chargé de fixer et d'interpréter les principes généraux de la déontologie médicale (devoirs des médecins entre eux), uniquement recruté par l'élection sur une base très large, restant par là au-dessus des questions de personne et de clocher, s'imposant à tous par son origine et l'indépendance de ses membres, pouvant être institué sans nouvelle loi et sans nouvelle disposition budgétaire, ne créant ni entrave nouvelle, ni contrôle administratif à notre profession libérale, et n'ayant d'ailleurs qu'une autorité morale, comme il suffit entre braves gens, qui ne demandent qu'à être éclairés sur leur devoir pour l'accomplir. — P. R.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Valeur séméiologique de l'examen du sang dans le cancer de l'estomac. — MM. Hartmann et Silhol attirent l'attention sur les indications que l'on peut recueillir de l'examen du sang au point de vue du diagnostic du cancer gastrique, et tirent les conclusions suivantes de deux observations qu'ils publient :

On doit penser au cancer de l'estomac lorsque l'on constate très nettement l'association d'une anémie bien caractérisée et d'une leucocytose marquée.

Cette anémie se traduit, plus encore que par la diminution du nombre des globules, par la diminution de la valeur des globules en hémoglobine, par les déformations globulaires qui indiquent une modification profonde de l'élasticité et de la tenture des globules rouges, par l'inégalité de ceux des globules qui ne sont pas déformés.

La leucocytose, pour avoir de la valeur, doit être très marquée, un chiffre de 10 à 12,000 n'ayant pas de signification. Cette leucocytose porte particulièrement sur les mononucléaires.

Traitement des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — M. Lejars fait un rapport sur deux observations de perforations intestinales chez des enfants atteints de fièvre typhoïde, survenues au 15e et au 20e jour de la maladie, et traitées par la suture intestinale par M. Legueu. L'un de ces enfants succomba, et l'autre guérit. M. Lejars fut moins heureux dans un cas analogue, son opéré succomba quelques heures après l'intervention

En réalité, dit-il, ces laparotomies pour perforations typhiques ne sont trop souvent, dans les conditions où elles sont faites, que des interventions désespérées. Il y a deux éléments primordiaux qui règlent le pronostic de ces interventions : 1° l'âge de la fièvre typhoïde ; 2° la date de la perforation.

Pami les cas de guérison, un grand nombre se rapportent à des perforations survenues après la troisième semaine, dans le déclin ou même la convalescence de la maladie, et l'on conçoit aisément qu'à ces stades éloignés, le terrain soit meilleur et les chances autrement nombreuses que chez un typhique en pleine affection.

L'autre élément — la date de la perforation, le nombre d'heures écoulées depuis que l'accident s'est produit — est aussi d'importance capitale. L'urgence de la laparotomie n'est pas discutable ; mais la précocité de l'intervention est subordonnée à la précocité du diagnostic.

Or ce diagnostic précoce est peut-être moins difficile à faire qu'on pourrait le croire. Les principaux éléments sur lesquels il repose sont : une douleur très-vive, occupant d'ordinaire la fosse iliaque droite, suivie de contracture douloureuse de la paroi, un écart brusque de la température, ascension ou abaissement de 1° à 1°5, enfin la faiblesse et la fréquence des pouls, le facies grippé.

Ces modifications très rapides de l'état local et général doivent suffire au diagnostic, et la laparotomie s'impose séance tenante. Elle ne présente d'ailleurs pas de difficultés particulières, et en règle générale elle peut être menée simplement et vite ; on ira tout de suite au cœcum, qu'on inspectera d'abord ainsi que l'appendice, puis on suivra de bas en haut l'iléon. La perforation ne tarde pas à se montrer, car elle siège le plus souvent sur les 50 ou 60 derniers centimètres du grêle.

La suture est parfois malaisée, en raison de la friabilité de l'intestin. La multiplicité et la succession des perforations rendent cette intervention souvent aléatoire.

Digitized by Google

Malgré ces mauvaises chances, la laparotomie immédiate n'en est pas moins, dans les perforations typhiques, le seul recours contre la mort inévitable ; elle peut devenir dans les conditions les plus désespérées, une opération de salut.

Plaie de l'abdomen par coup de couteau. — M. Chaput fait un rapport sur une observation de M. Morestin, que l'on peut résumer ainsi : Plaie de l'abdomen par coup de couteau ; blessure de plusieurs vaisseaux, perforation du cœcum, laparotomie, suture de la plaie cœcale, guérison.

Myome sous-peritonéal. — M. Schwartz présente un fibrome de 500 gr. enveloppé sous le péritoine recto-utérin, dans le cul de-sac de Douglas sans aucun pédicule, accouchement par basiotripsie, ablation de la tumeur par laparotomie. (*26 décembre*).

BIBLIOGRAPHIE

De l'infection en chirurgie d'armée ; *évolution des blessures de guerre*, par les docteurs H. Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et E. Laval, médecin-major de deuxième classe 1 vol. in-12 avec gravures dans le texte, 6 fr. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

Lorsque l'on étudie chez les blessés la nature des infirmités qu'ils conservent ou la cause de leur mort, l'on est frappé du rôle néfaste des accidents infectieux dans les traumatismes de guerre. Les uns souffrent moins d'une infirmité, conséquence directe de la lésion traumatique due a l'action du projectile, que du reliquat des désordres provoqués par les agents infectieux. Chez les autres, la mort est plus rarement le résultat direct de la blessure que le résultat d'une infection.

Les complications infectieuses des traumatismes sont rares à notre époque dans la pratique civile, et ils n'y revêtent plus les caractères de gravité qu'ils présentèrent jadis chez les blessés des guerres. C'est au point que nombre de médecins actuellement les ignorent, et par suite ne les redoutent pas. MM. Nimier et Laval ont voulu combler cette lacune : le souvenir des désastres chirurgicaux que nous avons éprouvés en Crimée, en Italie, au cours de la guerre de 1870-71, doivent hanter sans cesse l'esprit des chirurgiens militaires. Prévenus, ils sauront en éviter le retour dans la mesure que leur permettront les conditions hygiéniques des campagnes futures.

M. Nicolle. — **Eléments de microbiologie générale**, Doin, éditeur, 1901.

Ce livre, présenté au public médical par notre compatriote, le savant directeur de l'Institut bactériologique de Constantinople, répond bien au but qu'il se propose, servir d'introduction aux traités plus touffus de bactériologie.

Il represente sur les trois années d'enseignement faites par l'auteur, une seule de ces années. Espérons qu'il ne nous fera pas attendre les autres.

On trouve décrits, dans un 1er chapitre, les microbes végétaux, moisissures, levures, bactéries, et les microbes animaux, rhizopades, sporozoaires, infusoires. Après l'anatomie vient la physiologie des microbes dans le 2e chapitre de la première partie.

Comme conclusion à cette étude, une seconde partie traite des phagocytes, de l'infection, de l'inflammation, de l'immunité.

Quiconque veut étudier la bactériologie devra commencer par méditer cette préface, si bien mise au point. — H. Gillet.

PROFESSEUR POTAIN

« Tous, nous sentons que celui qui préside, représente dans ce qu'il a de plus sacré, dans ce qu'il a de plus pur : l'honneur médical. »

C'est en ces termes qu'il y a quatre ans, je parlais du professeur Potain, qui me faisait l'honneur de présider une inoubliable réunion d'amis et d'élèves, au sujet de mon entrée à l'Académie.

Oui, celui qui vient de disparaître, a été la plus haute, la plus vraie personnification de la profession médicale, de la clinique française. Il a donné l'exemple de toutes les vertus. Bon patriote, pendant la sombre année de 1870, avec son meilleur ami, mon regretté maître Axenfeld, il entre dans les bataillons de marche et fait bravement, silencieusement, son devoir de citoyen en défendant sa patrie menacée. Homme au cœur généreux, que d'infortunes n'a-t-il pas soulagées, que de confrères malades, que de parents de confrères n'a-t-il pas assistés ! Celui qui signe ces lignes ne peut oublier qu'après avoir eu l'honneur d'être son interne en 1866, il a reçu de son cher et vénéré maître, quelques années plus tard, pendant une triste maladie à l'hôpital, de précieuses marques d'intérêt. Médecin d'hôpital et professeur, il a été un modèle d'exactitude, de dévouement pour les déshérités de la fortune et de la santé, d'esprit profondément clinique pour les élèves. Jusqu'à l'abnégation il fut un ami dévoué, et l'on se rappelle encore qu'installé au chevet de son ami, mon maître, le professeur Parrot, il ne voulut pas le quitter pour aller à Frosdorf, où il était appelé auprès du comte de Chambord. Maître excellent, il encouragea ses élèves et leur montra la route par ses conseils et par son exemple.

Interne des hôpitaux en 1848, chef de clinique de Bouillaud dont il devait continuer avec tant de succès les recherches sur les maladies du cœur, docteur en médecine en 1853 avec une thèse très remarquable sur les *bruits vasculaires anormaux à la suite des hémorrhagies*, il fut médecin des hôpitaux en 1859, agrégé en 1860, professeur de clinique médicale en 1877, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut.

Tous ces titres furent l'œuvre du savoir et du seul mérite, tous ces honneurs vinrent pour ainsi dire trouver d'eux-mêmes ce grand médecin qui ne les recherchait pas. Homme de devoir avant tout, homme de bien, il ne crut jamais au mal, et il réalisa durant sa belle existence ce problème presque impossible de n'avoir aucun ennemi. Sa droiture était telle que ses recommandations pour ses élèves, toujours discrètes, toujours appuyées sur la justice, prenaient aux yeux de tous une importance capitale ; et s'il lui est arrivé par hasard de se méprendre sur les sentiments de l'un de ces jeunes gens qui, avec une grande indépendance du cœur, se retournent bien vite après le succès contre ceux qui l'ont préparé ou assuré, nul n'a pu incriminer un excès de confiance puisée dans un excès de bonté...

La vie de notre regretté maître est un exemple de travail, de bonté, de probité. Il laisse une sœur qui a été sa compagne toujours dévouée et à laquelle nous adressons l'expression émue de notre profonde douleur. — Huchard.

ALIMENT COMPLET
DE MAXIME GROULT FILS AINÉ
Enfants, Vieillards, Malades, Albuminuriques, Surmenés, etc.
VENTE EN GROS : 2, IMPASSE LEBLANC, PARIS-GRENELLE

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Pelade ou pseudo-pelade des sujets syphilitiques

Par le Dr Alfred FOURNIER

Dans toute question clinique il est deux points qu'il faut toujours savoir tenir écartés, indépendants, à savoir : le *fait*, et l'*interprétation* à lui donner. Ce sera encore le cas ici.

Le fait sur lequel je désire appeler l'attention est patent, irrécusable; il s'impose. Controversable, éminemment controversable au contraire est l'interprétation qu'il convient de lui appliquer.

I

Le fait, c'est la production sur des sujets syphilitiques d'aires de dépilation circonscrite, dépilation absolument peladique d'aspect, peladique ou non de nature (cela reste à discuter).

Il n'est pas rare, en effet, — et je m'étonne que cela n'ait pas été remarqué plus tôt — qu'au cours de la syphilis (spécialement dans ses 5, 6 ou 8 premières années et avec un très fort maximum pour la seconde) (1) il vienne à se produire sur le cuir chevelu ou, bien plus rarement, dans la barbe des *îlots de dénudation pilaire* à surface absolument chauve, à surface « bille de billard », suivant l'expression consacrée, et, je me répète à dessein, tout à fait peladique d'apparence; — îlots très nettements circonscrits et faisant brutalement contraste avec l'état d'intégrité ou de quasi intégrité de la chevelure ou de la barbe ambiante; — îlots de configuration cerclée ou quelque peu ovalaire; — en un mot, îlots d'objectivité non pas seulement peladoïde, mais réellement peladique (j'insiste à nouveau sur ce point).

En l'espèce, ces îlots se présentent avec les quelques particularités suivantes qu'il peut y avoir intérêt à relever :

1° Ils sont *très peu nombreux*; le plus souvent et de beaucoup on n'en compte qu'un ou deux, quelquefois trois, bien rarement davantage.

2° Généralement ils *sont et restent petits, limités*, ne dépassant guère l'étendue d'une pièce d'un franc, en moyenne; — donc, peu extensifs de nature.

3° Ils sont *peu durables*, à de rares exceptions près. Traités ou même non traités (car j'ai vu nombre de malades ne pas s'en inquiéter ou, les considérant comme des phénomènes syphilitiques, ne leur opposer que le traitement interne de la syphilis), ils disparaissent en quelques mois (3 à 6 mois, environ).

4° En revanche, ils sont *sujets à récidive* après disparition complète. Sur une soixantaine de cas, j'en compte 8 où se sont produites une ou plusieurs récidives (au nombre de 3, 4 et 5), et cela à intervalles variables d'une à 2, 3, 4, voire 7 années.

On va me dire : « Mais ce que vous nous décrivez là, c'est la variété d'alopécie syphilitique que vous-même avez décrite de vieille date et baptisée du nom d'*alopécie en clairières* ».

Non, répondrai-je. L'affection dont il s'agit n'est pas l'alopécie en clairières, mais un état peladique ou peladoïde très différent de cette dernière, et cela pour tout un ensemble de raisons dont il suffira d'énumérer les principales. Ainsi :

1° L'alopécie en clairières a toujours des *clairières très multiples* (une quinzaine, une vingtaine, une trentaine ou plus); tandis que l'état peladique ou peladoïde en question n'a (sauf exception) que des foyers rares (2 ou 3 en moyenne), et souvent même un seul.

2° Les clairières syphilitiques n'ont jamais la *configuration bien définie, systématique*, arrondie, des dépilations peladiques; elles sont, tout au contraire, irrégulières, amorphes.

3° De plus, *elles ne sont jamais absolument dénudées*, radicalement chauves, à la façon des dénudations peladiques; toujours elles conservent quelques cheveux oubliés.

4° L'alopécie en clairières *coïncide toujours avec un état d'éclaircissement général de la chevelure*, tandis que le propre des placards peladiques est de contraster avec un état d'intégrité de la chevelure ambiante.

5° L'alopécie en clairières constitue une *manifestation des premiers âges de la syphilis*; c'est même le plus ordinairement un accident de syphilis secondaire *jeune*; — tandis que l'état peladique ou peladoïde tout particulier que j'ai en vue pour l'instant a des échéances d'apparition bien autrement tardives.

6° Enfin, elle *n'est pas sujette à récidives* et à récidives multiples, comme l'est ce dernier.

(1) Voici ce que m'a fourni, à ce point de vue, le dépouillement de mes observations.

Echéance d'invasion de plaques peladiques :

Au cours de la	1re	année après l'infection		.....	5 cas
—	2e	—	—	.....	25 —
—	3e	—	—	.....	2 —
—	5e	—	—	.....	3 —
—	6e	—	—	.....	3 —
—	7e	—	—	.....	2 —
—	8e	—	—	.....	5 —
—	9e	—	—	.....	2 —
—	10e	—	—	.....	3 —
—	11e	—	—	.....	3 —
—	12e	—	—	.....	1 —
—	13e	—	—	.....	1 —
—	14e	—	—	.....	2 —
—	19e	—	—	.....	1 —
—	24e	—	—	.....	1 —
					59 cas

Digitized by Google

Donc, pas de confusion possible entre ces deux états. Très certainement non, il ne s'agit pas ici de la variété d'alopécie syphilitique dite en clairières. L'affection innominée que je signale actuellement à l'attention de mes collègues est bel et bien un *état peladique ou pseudo peladique* qui ne saurait être assimilé aux alopécies usuelles et connues de la syphilis, et j'en affirmerai l'invidualité, l'autonomie, en disant ceci comme conclusion à ce premier point d'ordre clinique :

Il n'est pas rare qu'au cours de la syphilis, spécialement dans ses premières années, il se produise un état peladique ou pseudo-peladique de la chevelure ou, plus rarement, de la barbe, état tout à fait assimilable comme objectivité clinique aux dépilations de la pelade.

Voilà le fait.

Et ce fait, je le répète, me paraît incontestable, de par les exemples nombreux qui se sont présentés à mon observation.

II

Second point : interprétation.

Qu'est-ce que ce singulier état en question, consistant, somme toute, en ceci : d'une part, un terrain syphilitique ; — et, d'autre part, une dépilation partielle d'apparence peladique ? Comment apprécier cet état, le comprendre, l'interpréter ?

C'est ici que je n'affirmerai plus rien ; c'est ici que, très loin d'affirmer, j'hésiterai, je douterai, et que, perplexe, indécis, je n'aurai rien de mieux à faire dans ma détresse que d'en appeler aux lumières de mes collègues.

Raisonnons cependant. — En l'espèce, trois interprétations (et rien que trois, me semble-t-il) se trouvent en présence. Ainsi :

1° Il est possible que les faits dont nous cherchons l'explication consistent tout simplement en ceci : une *simple coïncidence*, à savoir, une pelade accidentellement développée sur un sujet syphilitique, et cela sans le moindre rapport de causalité entre la syphilis et la pelade.

2° Il est possible que cet état peladique ou peladoïde ne soit qu'une simple *modalité encore inconnue ou restée méconnue des alopécies syphilitiques.*

3° Enfin, il est possible encore que ce soit là une *pelade vraie développée par une influence syphilitique*, à la façon dont tant de symptômes ou de syndromes tels que le tabes, la paralysie générale, la neurasthénie, dérivent originairement de la syphilis ; c'est-à-dire il est possible que ce soit là une *pelade para-syphilitique*, comme on dit actuellement.

Entre ces trois hypothèses, à laquelle s'arrêter ?

Il serait prématuré, certes, de prendre parti pour l'une ou pour l'autre, c'est entendu. Et cependant il me semble d'ores et déjà qu'il en est une vraiment peu admissible, à savoir la première, celle qui tend à expliquer les faits en question par un simple hasard de coïncidences.

C'est bientôt dit : « affaire de hasard, coïncidence fortuite. » Sans nul doute, la syphilis ne préserve en rien de la pelade, et, parmi les syphilitiques qui viennent à être affectés de la pelade, il en est forcément un certain nombre pour lesquels cette pelade n'est qu'une coïncidence tout éventuelle. Mais en est-il de même pour tous ? Je le ne le crois pas, et voici ma raison.

D'abord, c'est qu'en vérité on rencontre *trop fréquemment* la pelade ou l'état peladoïde en question chez les sujets syphilitiques pour que le hasard seul rende raison du fait. Il convient de se méfier d'un hasard qui se répète trop souvent. Une roulette qui amènerait certain numéro avec une persistance obstinée deviendrait bientôt une roulette à probité suspecte. Eh bien, c'est le cas ici, et c'est un sentiment de même ordre qui, pour ma part, m'a conduit à penser ceci : vraiment il y a trop de syphilitiques qui deviennent peladiques pour que ce soit là un pur effet du hasard ; il faut que la syphilis soit pour quelque chose en cette affaire.

D'ailleurs, je vois bien dans ma clientèle privée autant de sujets blennorrhagiés que de sujets syphilitiques. Eh bien, je n'ai jamais constaté rien de semblable chez mes malades affectés de blennorrhagie.

En second lieu, ce n'est pas sur tous les syphilitiques indifféremment que se produit l'état peladoïde en question. Tout au contraire, il semble avoir ses préférences et choisir ses sujets. Ainsi, je trouve dans mes notes que, sur 60 cas, il a frappé onze fois des sujets d'un certain ordre, d'un ordre tout spécial, à savoir des sujets nerveux, des névropathes, des neurasthéniques, des neurasthéniques « frisant le tabes », etc. A n'en citer qu'un exemple, un de mes clients, syphilitique depuis dix ans, a présenté depuis lors *quatre* crises de pelade cranienne, pelade assez légère et ayant presque toujours guéri sponte suà. Or, ce malade est un grand nerveux qui, coïncidemment, n'a cessé d'être affecté de symptômes nerveux d'une multiplicité déconcertante : asthénie, défaillances, douleurs de tout genre, voire douleurs en éclair, paresthésies, fourmillements, engourdissements, amblyopie, dilatation pupillaire, paralysie de l'accommodation, chute de plusieurs ongles, onyxis en moelle de jonc, plaque lichénoïde du mollet, etc., etc, — Aussi bien, en présence de ce cas, comme d'autres analogues, est-on réellement autorisé à se demander s'il n'existerait pas un rapport, une connexion entre cette diathèse nerveuse et l'état peladoïde, c'est-à dire si,

Digitized by Google

au lieu du hasard, ce ne serait pas une prédisposition nerveuse qui servirait parfois d'origine à une pseudo-pelade de certains sujets syphilitiques.

Mais, le *hasard exclu*, si l'influence syphilitique est pour quelque chose en cette affaire comme étiologie ou pathogénie, comment donc agit-elle, et qu'est-ce donc, en somme, que cette pelade ou pseudo-pelade des sujets syphilitiques ?

C'est ici que surgissent à leur tour les deux autres interprétations précitées.

D'après l'une de ces hypothèses, il ne s'agirait que d'un *mode spécial de l'alopécie syphilitique*. C'est à-dire qu'aux deux modes actuellement connus d'alopécie dérivant de la vérole (alopécie diffuse et alopécie en clairières) il faudrait en ajouter un troisième dans lequel la dépilation prendrait objectivement la modalité peladique. Auquel cas cette dépilation ne serait qu'une *alopécie syphilitique peladoïde*.

Ou bien, d'après une autre et dernière hypothèse, cette dépilation serait l'analogue de ces nombreux états (d'ordre nerveux, pour la plupart) qui dérivent de ce qu'on appelle aujourd'hui l'influence *para-syphilitique*. C'est-à-dire qu'à l'instar de la neurasthénie, du tabes, de la paralysie générale, des dystrophies héréditaires, etc., etc., elle dériverait de la syphilis comme cause, sans être syphilitique d'essence, de nature. Bref, ce serait une *pelade* ou un *état peladoïde para-syphilitique*.

Je ne m'arrêterai pas à discuter (car ce serait discuter à vide) ces deux hypothèses. L'une et l'autre, à coup sûr, pourraient trouver des arguments en leur faveur; mais l'une et l'autre, également, ne sauraient résister par des preuves décisives aux objections qu'elles ne manqueraient pas de soulever. Il n'est que trop évident que la question est neuve et ne saurait être mise au point que par une longue enquête ultérieure.

Je me résumerai donc en disant simplement ceci :

Ce que j'ai vu, ce que je sais, ce que j'affirme, c'est qu'il se produit assez fréquemment sur les sujets en puissance de syphilis un état peladoïde, si ce n'est peladique, qui semble bien n'être pas explicable par une simple rencontre fortuite de la syphilis et de la pelade.

Mais qu'est-ce que cela ? Une pelade vraie ou une pseudo-pelade ? Une alopécie syphilitique de modalité peladoïde? Ou bien une pelade (vraie ou fausse) d'origine para-syphilitique ? — Je n'en sais rien.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Accidents primitifs sur l'œil de la goutte et du rhumatisme

Par le Dr A. Trousseau,
Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts

Les diathèses goutteuse et rhumatismale peuvent avoir des accidents oculaires pour premières manifestations; en d'autres termes la maladie de l'œil peut révéler la diathèse encore latente et non soupçonnée.

Je prends un exemple : Un individu a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans: il est pris subitement d'un iritis ou d'une sclérite. Interrogé sur ses antécédents goutteux ou rhumatismaux il ne peut répondre que par des négations qui font hésiter le médecin sur la nature de la maladie oculaire jusqu'au jour où la cause s'en précise par l'apparition postérieure d'autres manifestations franches de la goutte ou du rhumatisme. Ce sont des faits de cet ordre qui ont induit en erreur quelques médecins et leur ont fait nier l'origine goutteuse ou rhumatismale d'affections de l'œil ordinairement attribuables à des diathèses. Ils sont utiles à connaitre, car les accidents locaux peuvent faire prévoir des accidents généraux ou disséminés; ainsi le globe oculaire joue le role d'un précieux indicateur.

Etudions quelques faits cliniques plus instructifs que les vues spéculatives et examinons d'abord la part de la goutte.

Voici un des cas les plus caractéristiques :

M. L..., âgé de 32 ans, ayant toujours joui de la santé la plus florissante, vint me consulter pour une sclérite de l'œil gauche des plus graves. Depuis dix-huit mois il n'a pas un instant de repos, les poussées succèdent aux poussées, malgré les médications les plus variées (salicylate de soude, de lithine, iodure de potassium, teintute de colchique).

La cornée est entièrement sclérosée: la vision est perdue de cet œil; le malade n'espère point la recouvrer, il sollicite seulement une rémission dans les poussées douloureuses. Je l'interroge sur ses antécédents; il n'a même pas souvenir d'une simple indisposition; ses ascendants, y compris les grands parents, n'ont jamais souffert de goutte ou de rhumatisme. Ses déclarations sont très précises et je dois les admettre, car il est fort intelligent, excellent observateur. Un examen minutieux ne me permit pas de dépister la moindre trace d'arthritisme, néanmoins je prescrivis la colchicine, le salicylate, qui furent continués sans succès pendant trois mois. Au bout de ce laps de temps, la situation était aussi grave pour l'œil gauche, et, chose terrible, une pous-

Digitized by Google

sée avec trouble cornéen se faisait sur l'œil droit.

J'abandonnai tout traitement interne et j'attaquai la maladie avec le galvano-cautère. Je fus assez heureux pour l'arrêter à droite après quatre cautérisations énergiques, à gauche je ne pus qu'espacer les poussées, aussi, après trois autres mois, conseillai je à mon malade une saison à Vichy. Après quelques jours de traitement à cette station, il fut pris d'une violente attaque de goutte franche aiguë. C'était la signature de la diathèse enfin dépistée.

On est fort tenté, en l'absence d'antécédents et en présence de l'insuccès des médications générales, de nier l'origine goutteuse de la sclérite; plus d'un eût exercé son esprit dans la recherche d'une étiologie moins vraisemblable.

Mon malade a fini par guérir de son affection oculaire avec une sclérose cornéenne complète à gauche, mais il est constitué goutteux; cet état a, du reste, ses préférences.

Ce cas est un bel exemple d'une manifestation goutteuse d'emblée sur l'organe visuel.

Autre fait :

Une jeune dame anglaise de 25 ans, parfaitement portante, vint me voir à propos d'une iritis droite à hypoéma. Son père était goutteux; elle n'a jamais souffert de même manière; aussi, malgré le succès rapide du salicylate de soude, ne voulut elle pas admettre l'origine goutteuse de son affection jusqu'au jour où elle y fut contrainte par une fluxion articulaire dans le gros orteil qui survint dix mois après sa guérison avec une nouvelle poussée d'iritis.

Encore un cas;

Un ecclésiastique de 41 ans, se disant bien portant et sans antécédent personnel ou héréditaire se présente à moi avec une irido-choroïdite droite de moyenne intensité, dont l'étiologie m'embarrassa fort et me fut révélée en février par des poussées goutteuses dans les articulations des doigts des deux côtés.

Des faits précédents, je rapprocherais volontiers celui-ci.

Je soigne depuis trois ans, un enfant de 13 ans non syphilitique héréditaire, fils de père goutteux et de mère rhumatisante qui, de temps en temps, subit des poussée d'iritis torpide insidieuse, s'accompagnant de très légères douleurs et rougeurs, mais présentant une grande tendance à former des synéchies. En l'absence de toute autre cause raisonnable, j'attribuerais volontiers cette iritis chronique à la diathèse urique, quoique je n'aie pas évidente confirmation de mes soupçons. Les Anglais nous ont appris que la goutte héréditaire est coutumière de ce genre de méfaits.

Je possède la relation d'une vingtaine de faits analogues que je ne citerai pas en détail.

Les observations que je viens de rapporter me paraissent assez concluantes pour faire admettre que la goutte peut attaquer l'œil d'emblée avant tout autre organe : je vais maintenant énoncer celles qui se rapportent à la diathèse rhumatismale.

Mme V..., âgée de 38 ans, avait depuis cinq ans, chaque année, en mars ou avril, une poussée de sclérite boutonneuse tantôt sur un œil, tantôt sur l'autre, tantôt sur les deux en même temps. A part cela, sa santé était restée parfaite ; elle n'avait ni affection cutanée, ni douleurs articulaires, ni dyspepsies, ni antécédents douteux. Elle a suivi les traitements les plus variés sans résultat appréciable ; on a donné à son affectien les causes les plus diverses ; on a même été jusqu'à la considérer comme syphilitique. Ce n'est qu'en janvier dernier, après une attaque d'influenza, que la malade a été prise de rhumatisme subaigu et que la lumière a pu se faire sur la nature de la sclérite.

J'ai recueilli 15 observations d'iritis ou d'irido-choroïdite dont l'étiologie est restée obscure jusqu'au jour où ont éclaté des accidents rhumatismaux. Il serait fastidieux de les reproduire en détail, tous les faits se ressemblant.

J'ajouterai que ces cas complets nous permettent d'attribuer avec quelque vraisemblance une origine rhumatismale à des affections oculaires comme celle que j'ai observée chez un jeune médecin. Celui-ci est de temps en temps pris d'une rougeur sclérale qui dure quatre à cinq jours, puis disparaît. Il n'a jamais eu de rhumatisme, mais il a des éruptions cutanées fréquentes, il est chauve et est issu d'un père rhumatisant.

Ne peut-on le considérer comme en puissance d'une sclérite rhumatismale, malgré l'absence du réactif articulaire et la banalité des autres symptômes.

Tous les malades cités plus haut avaient été, au moment des accidents oculaires, très soigneusement étudiés par moi ou par des confrère au point de vue rhumatismal ; les conclusions des divers examens avaient été négatives.

Je n'aid onc pas cru inutile d'insister sur ces points spéciaux, à savoir que la goutte et le rhumatisme peuvent d'emblée frapper l'œil avant toute autre manifestation articulaire, cutanée ou viscérale, qu'ainsi la constatation d'une affection oculaire isolée, mais qui coexiste souvent avec les manifestations franches des deux diathèses, doit, à elle seule, éveiller l'attention sur l'existence encore cachée de ces diathèses,

Il m'a semblé que les accidents oculaires primitifs étaient presque toujours suivis à brève échéance d'accidents articulaires qu'ils peuvent faire prévoir.

Dans la plupart des cas, le traitement général a peu modifie l'affection locale, comme cela se rencontre

Digitized by Google

presque toujours dans les affections oculaires les plus nettement goutteuses ou rhumatismales ; il ne peut donc servir de pierre de touche et ne permet pas de juger la nature de la maladie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Céphalalgies justiciables de l'acétate d'ammoniaque

Par M. le Docteur Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine.

L'acétate d'ammoniaque n'apaise pas la céphalée, accompagnée de bouffées de chaleur à la face et d'un sentiment de plénitude générale, qui récidive après chaque repas pendant le travail de la digestion chez les neurasthéniques hypopeptiques ou à l'estomac dilaté ; seule une infusion aromatique ou carminative très chaude lui convient.

Vous ne seriez pas plus heureux chez les neurasthéniques avec l'acétate d'ammoniaque contre cette céphalée, qui n'a rien à voir avec les repas, consécutive à des soucis ou à des émotions, coïncidant avec de l'injection faciale, des éblouissements, des bourdonnements et des sifflements d'oreilles, avec une sensation de bouillonnement et de fermentation dans le cerveau, que les battements très prononcés des artères cervicales et temporales et parfois la mydriase autorisent à regarder comme le résultat d'une congestion momentanée de l'encéphale par dilatation active de la carotide. Rien ne vaut dans ce cas, les lotions sur la nuque avec l'éponge trempée dans un liquide irritant tiède ou 40 centigrammes de bromhydrate de quinine.

Où l'acétate d'ammoniaque se montre au contraire efficace, c'est contre la céphalée matutinale des neurasthéniques pâles et même chlorotiques, qui s'atténue spontanément après les repas, qui n'apparaît pas pendant le travail de la digestion, au cours de laquelle on n'observe ni congestion de la tête, ni battements ou soulèvements extraordinaires du système artériel carotidien, mais seulement une impression pénible de vide intra-cérébral, la vague idée d'un étau, d'un casque qui comprime le front, les tempes, la région sous-occipitale ou la tête tout entière. A quelle cause prochaine autre que l'hyperesthésie de la substance grise du cerveau, mise en état de faiblesse excitable par la névrose, rapporter cette céphalée bien différente des deux précédentes ? L'acétate d'ammoniaque est théoriquement indiqué dans cette céphalée : stimulant diffusible — ainsi qu'on l'écrit dans nos livres de thérapeutique — il semble, *a priori*, susceptible au premier chef de détruire pour un temps l'énervement dont la céphalée est tributaire en redonnant à la substance cérébrale hyperesthésiée par épuisement le ton qui lui manque. La pratique confirme la théorie : faites prendre en une fois (je répète : en une fois) 5 grammes d'acétate d'ammoniaque liquide dans un verre d'eau de mélisse ou d'eau sucrée avec une cuillerée de sirop d'écorce d'orange amère, la céphalée cèdera rapidement. Wright, qui s'était rendu compte des effets salutaires de l'acétate d'ammoniaque dans les céphalalgies, avait imaginé une potion à 15 grammes d'esprit de Mindererus pour 20 grammes de teinture et de sirop d'écorce d'orange amère et 50 grammes d'eau. Le tiers de la potion dissipe la céphalée neurasthénique hyperesthésique, à la condition qu'il soit administré en une fois et non par cuiller d'heure en heure.

Je rappelle que l'acétate d'ammoniaque liquide, à la même dose, m'a fourni des succès dans l'angine de poitrine vaso-motrice des neurasthéniques, et aussi des hystériques : dès le début du paroxysme une cuiller à café d'esprit de Mindererus dans de l'eau sucrée ou de l'eau de mélisse. Une de mes neurasthéniques angoreuses, femme pâle, dont les accès sont fréquents et fort longs, redoutait les inspirations de nitrate d'amyle qui l'avaient presque foudroyée, et, davantage encore, les injections de morphine qui la faisaient vomir : elle a réussi bien souvent, avec 5 grammes d'acétate d'ammoniaque liquide ingérés en une fois, à faire avorter l'accès, ou à le rendre très supportable, constamment à en restreindre la durée. J'ai tenté ce moyen dans plusieurs circonstances pareilles et suis en mesure d'avancer que l'acétate d'ammoniaque, à la dose massive que je préconise, est un excellent antalgique dans l'accès d'angor par vaso-constriction des artères coronaires chez les névropathes, — antalgique parce qu'il est vaso-dilatateur et qu'il détruit la douleur des filets nerveux cardiaques ischémiés en remplaçant par la vaso-dilatation active le spasme des artères coronaires qui la produit ; il dilate activement du même coup les autres artères de l'économie. Cullen, Selle, qui ne connaissaient pas la dilatation active des artères, disaient tout simplement que le sel de Mindererus accélère la circulation.

Ces succès m'ont naturellement conduit à prescrire l'acétate d'ammoniaque liquide dans la migraine ophtalmique qui est l'apanage des nerveux, des neurasthéniques et des hystériques autant que des épileptiques ; qui a les mêmes causes provocatrices que l'angine de poitrine vaso-motrice (émotions, menstruation) ; qui s'annonce aussi, comme elle, par le froid aux extrémités, voire même par la syncope locale des doigts et des mains ; qui se traduit par une horrible douleur hémicrânienne durant, comme la douleur de l'angor vaso-moteur, de quelques minutes

Digitized by Google

à deux heures, et pendant le paroxysme de laquelle Galezowski, Féré et d'autres ont pu constater quelque chose d'analogue au rétrécissement spasmodique supposé des artères coronaires, à savoir le rétrécissement tel de l'artère centrale de la rétine que la circulation y est complètement interrompue. Cinq migraineuses ophtalmiques — quatre neurasthéniques, une hystérique — qui prennent la cuiller à café d'acétate dès la première menace de l'accès, c'est-à-dire dès l'apparition de l'obscurcissement hémiopique de la vue, ou, au plus tard, du scintillement, n'ont pas toujours absolument enrayé l'accès, mais en ont diminué très sensiblement la violence : l'hémicrânie fronto-pariéto-occipitale, d'ordinaire si atroce, qui suit de si près les troubles oculaires, ne leur arrache plus de plaintes comme autrefois; leur tête est encore bien lourde et endolorie, les idées leur viennent encore mal, mais les vertiges n'ont plus cette intensité qui leur laissait croire qu'elles allaient tomber du lit; les nausées existent, les vomissements terminaux sont plus rares. Dianoux a abrégé ses accès de migraine ophtalmique en plaçant sa tête dans une position déclive, en la congestionnant par conséquent : l'acétate d'ammoniaque réalise la congestion cérébrale en déterminant, en même temps que celle de toutes les autres artères, la dilatation active de celles de la région limitée de l'encéphale dont le brusque rétrécissement spasmodique a engendré à la fois le scotome lumineux et l'hémicrânie.

Il m'arrive souvent de prescrire 5 grammes d'acétate d'ammoniaque liquide, en une dose, contre les douleurs dysménorrhéiques. La migraine vulgaire vaso-constrictive contemporaine de l'écoulement menstruel tire profit de cette médication ; elle en éprouve un réel soulagement quoique sa durée reste la même. Et comme il faut à ce moment chez les femmes être ménager des nervins, nous nous félicitons d'avoir sous la main l'esprit de Mindererus qui peut être employé sans le moindre inconvénient. Nous recourons aussi à ses bons offices palliatifs dans la migraine vulgaire vaso constrictive qui survient pendant l'époque menstruelle.

Les douleurs de tête paroxystiques non névralgiques, autres que les migraines, notées chez les femmes pendant la menstruation, sont vraisemblablement liées à des troubles spasmodiques de la circulation cérébrale (hypertension artérielle), comme les douleurs semblables des adolescents, des grandes jeunes filles un peu avant la puberté, comme celles des femmes à la ménopause ; bien des fois, en ces circonstances, nous nous sommes servis de l'acétate d'ammoniaque liquide avec le plus grand avantage.

Formulaire du Praticien

Indications et technique du traitement électrique des paralysies motrices de la vessie. — I. *Indications.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade présentant des troubles de la miction d'origine vésicale, il faut d'abord se demander si le muscle est paralysé, ou s'il est simplement le siège d'une altération gênant plus ou moins les fonctions qui le caractérisent.

Le diagnostic, facile lorsque l'impotence vésicale survient dans le cours d'une rétention chronique due à un rétrécissement de l'urèthre ou d'une affection de la prostate, devient beaucoup plus difficile lorsqu'elle se trouve liée au syndrome clinique étudié sous le nom d'hypertrophie de la prostate. On trouve dans cette dernière maladie des altérations vésicales qui sont loin d'être toujours consécutives à l'obstacle apporté à la miction. M. le Pr Guyon a bien fait ressortir que les lésions de ces deux organes doivent être rattachées à une seule et même affection envahissant tout l'arbre urinaire. Dans certains cas, on peut même trouver la vessie dégénérée alors que la prostate paraît de grosseur normale. L'électrisation n'a chez ces malades que peu de chances de succès.

Lorsque le diagnostic de paralysie est établi, il faut rechercher quelle en est la cause.

A. Les paralysies peuvent dépendre d'une affection tout à fait locale agissant sur le tissu musculaire de l'organe. Elles surviennent alors à la suite de cystites intenses ou d'inflammation des organes environnants. Elles peuvent succéder à un traumatisme vésical (accouchement, opérations faites dans le petit bassin) ou à une distension exagérée de la vessie (lavage trop violent, rétention aiguë dans le cours d'une maladie de l'urètre ou de la prostate, empêchement trop longtemps prolongé apporté à l'urination normale). L'électricité est ici nettement indiquée et donne d'excellents résultats.

B. Beaucoup plus fréquemment, les paralysies de la vessie ont une origine nerveuse et peuvent être dues soit à un trouble purement dynamique, soit à une altération de ses nerfs ou des centres qui les commandent.

1° Les cas du premier groupe s'observent surtout dans les névroses (épilepsie, hystérie et surtout neurasthénie). La paralysie vésicale, souvent incomplète, peut survenir sans causes bien appréciables et chez un sujet à système génito-urinaire jusque-là indemne. Mais le plus souvent elle se montre chez un malade ayant déjà un passé urinaire, soit à la suite d'une cause légère agissant directement sur la vessie (traumatisme local, distension), soit d'une manière réflexe, à la suite d'une opération ou d'un trauma-

Digitized by Google

tisme portant sur une région plus ou moins éloignée des voies urinaires (hystéro traumatisme, neurasthénie traumatique). Dans tous ces cas, l'électricité peut être appliquée et réussit généralement.

On peut ranger parmi ces paralysies sine materia certaines formes d'incontinence nocturne d'urine infantile par atonie sphinctérienne.

2° Les paralysies dues à une altération du système nerveux tiennent rarement à une lésion des nerfs eux-mêmes. Les traumatismes et les compressions doivent, en effet, pour être efficaces, atteindre les nerfs des deux côtés.

D'autre part, les névrites, qui sont une cause si fréquente de paralysie pour les autres nerfs attaquent rarement les filets nerveux qui vont à la vessie.

Le plus souvent, ces paralysies reconnaissent comme facteur une lésion des centres nerveux soit cérébraux (traumatisme du cerveau, apoplexie, hémiplégie *au début*, paralysie générale), soit surtout médullaires. On les voit survenir, en effet, dans les fractures et dans les luxations de la colonne vertébrale, les plaies de la moelle, les hémorrhagies médullaires, le mal de Pott. Elles sont fréquentes dans l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaque, les myélites diffuses, surtout syphilitiques.

Elles peuvent se montrer dès le début et même précéder de longtemps les symptômes qui caractérisent la lésion principale. M. le Pr Guyon fait remarquer avec raison qu'il faut se méfier de ces troubles dans le fonctionnement de la vessie survenant à l'âge adulte sans pouvoir être rattachés à une cause soit urinaire, soit nerveuse bien définie. Dans ces cas, en effet, les paralysies vésicales ne sont souvent que le prélude plus ou moins lointain d'une affection grave du système nerveux.

Le traitement électrique agit très bien au début ou dans les cas peu graves. Mais lorsqu'il existe une désorganisation plus ou moins profonde des centres, il devient bien moins efficace. Cependant, même dans ces cas, l'électricité peut être utile : en général, elle reste sans action sur les paralysies du corps, mais elle peut redonner aux fibres circulaires du col leur tonicité normale. On voit alors une incontinence vraie, due à une paralysie totale du col et du corps se transformer en rétention (paralysie seule du corps) avec ou sans incontinence par regorgement suivant que le malade est ouï ou non sondé (voir ma communication au Congrès d'urologie, octobre 1899).

Les paralysies vésicales survenant dans les fièvres graves (fièvre typhoïde) ou certaines intoxications (acide phénique, phosphore, plomb) peuvent être rangées parmi les paralysies par altération du système nerveux. Elles disparaissent généralement lorsque la cause n'agit plus. Elles peuvent cependant persister en partie pendant un temps plus ou moins long et l'électricité hâte de beaucoup leur guérison définitive.

II. *Technique du traitement électrique.* — Trois indications se présentent : 1° *Agir sur le muscle lui-même.* Pour cela, on remplit modérément la vessie avec de l'eau très légèrement salée (solution physiologique à 7/1000) et on prend comme excitateur vésical, soit une électrode spéciale, soit tout simplement un fil métallique introduit dans l'intérieur de la sonde qui a servi à remplir la vessie. Une autre électrode, formée par une plaque de zinc recouverte de peau de chamois et humectée avec de l'eau chaude, est placé sur le périnée ou sur la partie inférieure du ventre. On fait passer cinq minutes le courant induit de la bobine à gros fil, avec intermittences lentes. L'intensité doit être facilement tolérée par le malade. On peut aussi se servir du courant galvanique (10 à 15 milliampères) avec intermittences et renversements fréquents. Il faut, dans ce dernier cas, faire bien attention à ce qu'aucune partie métallique ne touche la vessie, car il pourrait se produire avec le courant galvanique des escarres qui ne sont nullement à redouter avec le courant faradique.

2° *Agir directement sur les centres.* On doit, dans ce cas, faire passer un courant galvanique ascendant et descendant le long de la colonne vertébrale avec un pôle fixe sur le périnée et l'autre mobile sur la région dorso-lombaire. Le courant aura une intensité de 15 à 25 milliampères. C'est surtout dans les paralysies d'origine centrale que l'on devra appliquer cette partie du traitement.

3° *Agir sur les centres d'une manière réflexe.* On se sert du courant faradique de la bobine à fil fin, avec interruptions rapides. Le pôle positif est placé sur le périné et le négatif parcourt superficiellement les régions dorso-lombaires et abdomino-crurale. L'intensité doit être suffisante pour que le malade ressente une légère douleur. On peut aussi appliquer l'électricité statique sous forme d'étincelles tirées le long de la région dorso-lombaire du malade assis sur le tabouret isolant et mis en communication avec le pôle négatif de la machine.

La durée totale de la séance sera de 10 minutes à un quart d'heure et les séances devront être renouvelées trois fois par semaine. — Denis Courtade, *ancien interne des hôpitaux.*

Mixture contre la dermatite herpétiforme. — (Elrof).

Sulfoichthyolate d'ammoniaque	30 grammes
Huile d'amandes douces.....	30 —
Eau de chaux.....	30 —

Pour onctions.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Traitement de la blépharite ciliaire. — Cette blépharite ciliaire, comme on sait, peut être soit simplement érythémateuse, soit pityriasique, soit ulcéreuse, soit hypertrophique. Les causes les plus fréquentes en sont le lymphatisme et l'arthritisme, d'autres fois c'est l'oblitération des voies lacrymales, ou des anomalies de la réfraction, c'est donc dire que très souvent il sera bon d'administrer l'huile de foie de morue, des préparations arsénicales, du fer, du glycéro-phosphate de chaux. Le traitement local sera le suivant : on débarrassera au préalable les points d'implantation des cils, des pellicules ou des croûtes qui s'opposeraient à l'action des topiques.

Voici le traitement préconisé par notre collaborateur, le Dr Bourgeois (de Reims), dans son Précis thérapeutique oculaire usuelle.

Les nettoyages sont pratiqués avec une solution chaude d'acide borique à 4 0/0, les lotions sont faites deux ou trois fois par jour avec un tampon d'ouate hydrophile. Lorsque les croûtes se détachent difficilement, des compresses imprégnées d'eau boriquée chaude sont maintenues sur les yeux pendant une dizaine de minutes. Si les croûtes sont abondantes, tenaces, on applique des cataplasmes de fécule (préparés à l'eau boriquée) pendant une ou deux heures ; l'usage de ces cataplasmes ne sera guère prolongé au delà de quatre ou cinq jours.

L'épilation, dont on a abusé, n'étant réservée qu'à des cas très rares, on s'en abstiendra d'une façon générale, elle ne devra porter que sur les cils malades.

Les agents les plus efficaces du traitement local de la blépharite sont les suivants :

1° Le nitrate d'argent s'emploie sous la forme de crayon mitigé au 1/3. Le médecin ne doit confier à personne le soin de pratiquer les attouchements au crayon de nitrate d'argent. La toilette des paupières une fois accomplie très minutieusement, on promène la pointe du crayon au niveau de l'implantation des cils ; on aura soin de neutraliser l'excès de sel avec de l'eau salée mise avec un pinceau. Cette cautérisation est répétée une fois tous les trois jours, puis à intervalles plus éloignés. Elle constitue la base du traitement de la forme ulcéreuse.

2° Les préparations à base de mercure suivantes :

a) Oxyde jaune d'hydrargyre....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Vaseline.....	5 grammes
b) Protochlorure d'hydrargyre...	0 gr. 05
Vaseline.....	5 grammes

Ces deux pommades peuvent être employées indifféremment. On en étend une petite quantité (grosseur d'un pois) sur le bord des paupières maintenues fermées, avec l'index de la main droite pendant que la main gauche s'oppose à une fermeture exagérée des paupières, ce qui est fréquent chez les enfants et occasionne l'application de topique sur la peau des paupières et non sur la région malade.

Les onctions seront faites une fois par jour, le matin de préférence. Dans les cas rebelles, on y adjoindra l'emploi du calomel en poudre, déposé avec un pinceau en quantité minime.

Contre le prurit, on prescrira (Landolt) :

Résorcine.....	1 gramme
Vaseline.....	10 —

Ou bien :

Acétate neutre de plomb	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne.. ...	0 — 15
Vaseline blanche...	3 grammes

Onctions, deux à quatre fois par jour.

Il convient de signaler l'efficacité du sublimé, préconisé par Trousseau dans l'eczéma palpébral, selon la formule suivante :

Bichlorure d'hydrargyre (sublimé).	0 gr. 05
Eau distillée.....	500 grammes
(Solution préparée sans alcool)	

Matin et soir, compresses trempées dans la solution tiède, maintenues quinze à trente minutes.

La solution suivante, moins irritante, recevra la même application :

Cyanure d'hydrargyre.	0 gr. 05
Eau distillée	500 grammes

(Ne pas prescrire d'iodure en même temps que les préparations hydrargyriques ; il se formerait à la surface de la conjonctive une combinaison (biiodure) caustique).

Lorsque les pommades hydrargyriques sont mal tolérées, on fait usage de la pommade suivante :

Oxyde de zinc.....	0 gr. 50 à 1 gramme
Vaseline.....	10 grammes

Cette préparation, toujours bien supportée, est efficace surtout dans la blépharite pityriasique, ainsi que la suivante :

Soufre précipité.....	0 gr. 25
Vaseline.....	10 grammes

Un autre médicament donne aussi de bons résultats c'est l'iodol en pommade :

Iodol.....	1 à 2 grammes
Vaseline.....	10 grammes

Digitized by Google

Les pommades ci-dessus formulées conviennent à toutes les formes de blépharite. Et même, dans la blépharite ulcéreuse, on recommencera l'emploi des pommades avant de recourir à toute autre médication. Prescriptions complémentaires. Elles sont de la plus grande importance ; le malade doit éviter la poussière, le sable (au bord de la mer), la fumée de tabac, l'usage des alcools ; la fatigue des yeux par le travail ou par les veilles est à proscrire. On fera porter des lunettes coquilles à teinte fumée, pour sortir seulement chez les adultes, toute la journée chez les enfants afin d'empêcher les frottements avec les doigts.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le permanganate de potassium antidote de l'opium. — Suivant Moor (de New York) (*Med. Rev.* oct, 1900), le permanganate de potassium est le véritable antidote de l'opium et de ses alcaloïdes :— morphine...

Il doit être administré en solution aqueuse et par la voie buccale aux doses suivantes :

6 centigr. de permanganate dissous dans 30 gr. d'eau environ pour 0 gr. 06 centigr. de morphine.

6 centigr. de permanganate pour 0 gr. 60 d'opium.

6 centigr. de permanganate pour 1 gr. 77 de laudanum de Sydenham équivalant à 58 gouttes.

Si l'on ignore la quantité de poison ingéré, on donne d'abord 8 gr. 50 de permanganate dissous dans un verre d'eau et l'on renouvelle cette dose une ou deux fois à 30 minutes d'intervalle.

On peut également injecter sous la peau, toutes les demi-heures, de 5 à 10 grammes d'une solution aqueuse de permanganate titrée à 1 p. 160.

L'auteur résume tous les cas traités avec succès par cette méthode. — E. B.

Traitement des ulcérations malignes par le cynoglosse. — Isaconas et Poulopoulos ont publié cinq cas de guérison d'épithélioma ulcéré de la face (dont trois cas très anciens) par des applications de poudre de cynoglosse. La durée du traitement a varié entre 4 et 8 mois (*Méd. Rev.* octobre 1900).

Mode d'emploi : Laver l'ulcère avec une solution d'acide borique et saupoudrer ensuite abondamment deux fois par jour de cynoglosse. Recouvrir enfin de coton stérilisé et d'un bandage.

Il faut employer la poudre de racines, de feuilles, de fleurs de cynoglosse et non pas la poudre officinale qui est presque toujours faite de racine ou d'écorce de racine du cynoglosse.

Ces applications de poudre de cynoglosse ont été aussi employées avec succès dans les ulcères simples e la peau, dans les ulcérations chroniques du col de l'utérus et même en ingestion à dose de 0.90 à 1,80, dans les ulcères de l'estomac. — È. B.

Action de l'iodoforme et de ses succédanés. — Quoique l'iodoforme ne possède pas les propriétés bactéricides qu'on lui supposait lors de son introduction dans la thérapeutique chirurgicale, son effet bienfaisant sur certaines lésions, en particulier sur celles qui sont de nature tuberculeuse, reste indiscutable et indiscuté. Dans le traitement des plaies simples qu'on pansait à l'iodoforme et à la gaze iodoformée il y a peu de temps encore, les praticiens l'ont abandonné et lui ont substitué la gaze stérilisée. Les recherches d'Alexandre Fraenkel viennent élucider les raisons qui ont amené ce changement et elles prouvent que les médecins ont bien fait de modifier leur manière de faire.

Voici brièvement les expériences de Fraenkel. (*Wiener klin. Wochenschrift*) ; après avoir créé des plaies à des cobayes par une incision et par l'ablation d'un peu de tissu musculaire, il saupoudra les faces avivées d'iodoforme et sutura les plaies qui guérirent toutes sans suppurer. Au bout de huit, quelquefois de quinze jours, il sacrifia l'animal, excisa toute la cicatrice et la débita en coupes. Il put constater au niveau de la cicatrice un exsudat fibrineux et purulent, et tout autour dans les tissus une infiltration abondante de leucocytes polynucléaires à noyaux granuleux ; les fibres musculaires étaient gonflées, homogènes, et leurs noyaux étaient en état de prolifération ; de nombreux vaisseaux néoformés traversaient cette zone d'infiltration ; il y avait des cellules géantes englobant les cristaux d'iodoforme. En un mot, il nota tous les signes caractéristiques de l'inflammation.

Quand on fait la même expérience avec une poudre inerte, non stérilisée, par exemple de la poudre de charbon, on obtient des résultats absolument pareils. Par contre, quand la poudre de charbon est soigneusement stérilisée et qu'on procède de la même façon, l'infiltration est à peine indiquée au bout de huit jours, mais on trouve une prolifération remarquable des tissus lésés, — tissu conjonctif et musculaire ; de nombreuses cellules géantes englobent les corpuscules de charbon.

Encouragé par ces résultats et impressionné par le fait que la poudre de charbon amène la sclérose des tubercules du poumon (Crocq, Aufrecht), Fraenkel transporta ses recherches sur le terrain clinique : il pansa des lésions tuberculeuses avec une émulsion de poudre de charbon d'os très tenue, bien stérilisée et les couvrit d'une gaze imprégrée de charbon ; il obtient de superbes réunions par première intention en très peu de temps. Nous relevons entre autres observations celle d'une carie fistulisée du tarse, des

Digitized by Google

ostéomyélites chroniques, une tuberculose du coude, de la malléole externe, du testicule, etc. Parfois, la cicatrice garda une teinte noirâtre, raison suffisante pour éviter ce traitement dans les maladies de la face et du cou. — Bd.

Curabilité de la tuberculose. — Quand peut-on considérer un tuberculeux comme guéri ? Telle est la question que se pose M. le Dr Petren (*Eira* 1900). Dans quelques cas, on assiste à la disparition de tous les symptômes physiques observés auparavant, sans que, cependant, on soit en droit de conclure à la *restitutio ad integrum*.

La plupart du temps, certains signes persistent toujours, tels : la matité qui peut diminuer, mais non disparaître ; et les modifications de timbre et d'intensité des bruits respiratoires ; mais les râles crépitants disparaissent presque toujours, ce qui est un excellent signe pronostique : de même quand ils ne s'entendent plus qu'après la toux. Il est exceptionnel que les râles persistent avec une longue durée d'un bon état général.

La disparition de la toux est également un signe très important de guérison ainsi que l'absence de fièvre, le bon état général, la faculté de travailler et de vivre comme tout le monde. En thèse générale, les symptômes subjectifs sont toujours satisfaisants quand les signes physiques s'améliorent, mais le contraire n'est pas vrai, un bon état général peut s'observer avec une aggravation des signes physiques.

Au point de vue pronostic, Petren ne pense pas que l'hérédité joue un rôle aussi important qu'on le croit généralement, car il a observé le cas d'un homme de 34 ans, dont l'hérédité tuberculeuse était extrêmement chargée et dont les lésions pulmonaires avaient pris une très grande extension, mais qui fut néanmoins guéri.

Contrairement à ce qui est dit couramment, M Petren croit que le jeune âge n'est nullement un facteur de gravité, car les cas de guérison sont aussi fréquents vers 15 ans qu'entre 25 et 50. L'albuminurie persistante n'implique pas non plus une gravité de pronostic irrémédiable.

Au point de vue thérapeutique. M. Petren, et ceci nous paraît très juste, considère l'hydrothérapie comme un point important du traitement. Voici comment il s'exprime à ce sujet ;

« L'hydrothérapie est entrée maintenant dans l'arsenal thérapeutique des stations ou sanatoria, où l'on soigne des tuberculeux. Les formes sous lesquelles on la pratique varient. Généralement, c'est sous la forme de douches froides. Il faut pourtant garder une certaine mesure dans l'administration des douches froides. On doit commencer par donner des douches de 20° ou même davantage, pour diminuer progressivement la température de l'eau à six ou huit degrés.

« Jorstenson dit s'être bien trouvé de faire prendre des bains d'air chaud, suivis d'une douche froide de courte durée. »

Petren a mis en pratique une méthode un peu différente. Il fait prendre d'abord un bain d'air chaud de 45° seulement, ou tout au plus de 50°, de courte durée. Le malade ne doit pas entrer en transpiration, mais seulement se sentir bien chaud. Après ce bain d'air chaud. Petren fait prendre un « demi bain », c'est-à dire un bain de 25°, ou, plus tard, de 18°, d'une durée de deux ou trois minutes. On peut faire prendre ces bains tous les deux jours, ou tous les jours, si les malades les tolèrent bien. D'une façon générale, les phthisiques se trouvent bien d'un traitement hydrothérapeutique, à condition de ne pas le pousser trop loin. — S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Complications cardiaques de la blennorrhagie. — Ces complications cardiaques, comme on le sait, ont été signalées par Lacassagne, Desfos, Delprat (Thèse de Paris 1882), Mac Donnell et étudiées au point de vue bactériologique par His et Glusinski. Nous avons déjà, dans ce journal, rapporté des observations de Thayer et Blumer et celles de Rendu et Hallé. Au point de vue bactériologique, l'endocardite, au cours d'une blennorrhagie, peut être due soit à une infection associée au streptocoque par exemple comme dans les cas de Weichselbaum, de Keller, de Nannotti, ou à d'autres microbes dont la nature est insuffisamment déterminée, comme dans les observations de Martin, de Weekelé, de Leyden, de Dauber, de Schmore, où il s'agissait dans ces cas peut-être de gonocoques, peut-être de streptocoques ou de cocci indéterminés, mais dont les examens étaient insuffisants. Les cas où on a trouvé le gonocoque deviennent de plus en plus nombreux. Ce sont ceux de His, de Wilms, de Winterberg, de Finger, de Thiroloix, de Lenhartz, de Sidney Hayer et de Lazéar, etc., etc. Plus récemment, MM. Charvet et Lesieur (*Prov. Méd.* 1900) en rapportent une nouvelle observation, et rapprochant les cas connus, concluent que l'endocardite blennorrhagique est relativement fréquente dans le cœur droit, que l'affection est fréquemment ulcéreuse dans 25 p. 100 des cas. La marche de la maladie est d'ordinaire rapide avec symptomes d'infection générale, de pyohémie typhoïdique évoluant en une durée de 10 jours et 2 mois. Il est possible qu'à côté de ces cas mortels il

Digitized by Google

y ait des formes torpides se terminant par la guérison et purement cliniques.

La péricardite est rare. L'observation de MM. Charvet et Lesieur, a trait à une blennorrhagie aigüe à gonocoques remontant à un mois. Il se produisit un état infectieux avec fièvre élevée sans symptômes nets pendant une quinzaine de jours, suivi d'apparition de signes d'insuffisance aortique puis de rétrécissement mitral. Hémi-parésie du côté gauche avec hémianesthésie à l'autopsie. Endocardite végétante siègeant sur les valvules aortiques avec prédominance sur la valvule interne. Poussée d'endocardite légère et récente sur la grande valve de la mitrale. Hypertrophie du cœur. Pas de péricardite. Pas d'embolie viscérale. Gros foyer de ramollissement dans l'hémisphère droit s'étendant jusque dans le lobe occipital. Le rétrécissement mitral était ancien, les végétations endocarditiques étaient dues au streptocoque, ce qui montre une fois de plus que la blennorrhagie peut s'accompagner d'infections secondaires, et qu'une endocardite au cours d'une chaude-pisse peut fort bien ne pas relever du gonocoque, mais simplement d'une infection banale associée.

Valeur sémeiologique du choc en dôme. — Le choc en dôme a été considéré comme un signe à peu près pathognomonique de l'insuffisance aortique depuis les travaux de M. Bard, de Lyon (*Lyon médical*, 1896). Cependant, ce choc en dôme peut se rencontrer dans d'autres affections cardiaques, ainsi que le prouvent les recherches de M. Mollard (*Lyon médical*, 1900). Dans un cas, il s'agissait d'une maladie mitrale ou ce choc était perceptible non seulement à la palpation, mais à la vue. Une seconde observation avait trait à un rétrécissement mitral. M. Mollard a également observé le choc en dôme chez un convalescent de fièvre typhoïde qui présentait en même temps un peu d'arythmie, un léger souffle systolique de la pointe et de la région médio-cardiaque et un certain degré d'hypertrophie du cœur. Voici donc quelques faits qui prouvent que le choc en dôme n'est pas spécial à l'insuffisance aortique. Ces faits, du reste, corroborent l'opinion de M. Merklen, qui s'exprime ainsi : « La dilatation hypertrophique, telle qu'elle existe dans l'insuffisance aortique et dans certaines myocardites chroniques, se manifeste, au contraire, par un soulèvement plus fort et plus étendu qu'à l'état normal. C'est un choc en dôme, suivant l'heureuse expression de M. Bard. Considéré par cet auteur comme propre à l'insuffisance aortique, le choc en dôme est également observé dans la myocardite chronique hypertrophique. »

D'autre part, si le choc en dôme existe en dehors de l'insuffisance aortique, il n'existe pas forcément dans tous les cas de maladie de Corrigan. En effet, sur 12 observations, il existait 5 fois seulement. Il résulte donc de ces faits que le choc en dôme n'est pas un signe d'une absolue infaillibilité, et que, si la plupare du temps il est signe d'une insuffisance aortique, il ne la révèle pas toujours et il peut même induire en erreur. — S. R.

DIAGNOSTIC

De l'hyper-leucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'abcès du foie. — L'examen du sang de malades atteints de grands abcès du foie (1), d'origine dysentérique, montre une forte quantité de leucocytes. Leur proportion est de six à dix fois plus considérable qu'à l'état normal et dans nos deux derniers cas, on comptait une quarantaine de globules blancs sur le champ d'une préparation vue à un grossissement de 420 diamètres, avec les colorations au bleu de méthylène ou à la thionine on peut aisément constater que les leucocytes, à plusieurs noyaux, sont très nombreux. Ces données nous paraissent justifier le terme d'*hyperleucocytose polynucléaire*. Dans les cas d'abcès du foie, cette augmentalion des globules blancs est beaucoup plus considérable que celle qui existe dans l'anémie tropicale, la diarrhée, l'entéro-colite, la dysenterie chronique des pays chauds, l'impaludisme, etc. Dès que l'abcès est ouvert cette leucocytose diminue assez rapidement, d'une façon progressive et graduelle en rapport avec les progrès de la cicatrisation.

La présence de nombreux leucocytes polynucléaires dans le sang de deux de nos malades d'hôpital, vient de nous permettre de faire le diagnostic d'abcès tropicaux du foie. Le premier, agé de 23 ans, avait eu une dysenterie, au Cambodge, en octobre 1899 ; plusieurs ponctions du foie avaient été infructueusement pratiquées. L'existence de 40 à 45 globules blancs par champ de préparation du sang vus à un grossissement de 420 diamètres nous fit soupçonner un abcès profond du foie qui fut incisé avec succès le lendemain. Notre second malade, âgé de 30 ans, avait été aussi atteint de dysenterie, en Cochinchine,

(1) Boinet. De l'abcès dysentérique du foie au Tonkin (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Montpellier 1890). De l'abcès du foie (*Congrès pour l'avancement des Sciences*. Marseille, 18 septembre 1891). Recherches sur le pus des abcès du foie des pays chauds (*Congrès de médecine interne*. Lyon 1894, p. 493 et 502). Grands abcès du foie consécutifs à la dysenterie nostras (*Congrès de médecine interne*. Montpellier, 1898, p. 118).

(2) Bertrand et Fontan. Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds. Paris 1895, p. 371

Digitized by Google

en 1898 ; il entra dans les hôpitaux en juillet et en octobre 1900. Les diagnostics les plus variés furent portés (accès palustres, grippe, pleurésie, tuberculose). L'examen du sang nous donnant les mêmes résultats que dans le cas précédent, nous concluons à l'existence d'un abcès profond du foie. Une longue incision avec résection costale a donné issue à un litre de pus hépatique ressemblant à du chocolat et complètement stérile. Ces faits prouvent bien l'importance pratique de ces examens hématologiques dans les cas d'abcès douteux du foie.

Les recherches bibliographiques que nous avons faite ultérieurement sur ce point ne nous ont fourni que peu de résultats. D'après MM. Bertrand et Fontan, les documents scientifiques se réduisent à une analyse de Langlet, trois observations de Maurel avec rares hématimétries et un cas de Leblond.

En résumé, cette leucocytose intensive est plus accusée dans l'abcès du foie que les autres suppurations. Il est analogue à la « leucémie de suppuration» signalée par Malassez (*Société de biologie* 1873, page 625) dans l'abcès du rein, les pleurésies suppurées, les abcès froids ou chauds, etc. Cette hyperleucocytose polynucléaire constitue donc un bon élément de diagnostic de l'abcès du foie que l'on a souvent le tort d'opérer trop tardivement. Cette temporisation laisse à l'abcès tout le temps d'acquérir de grandes dimensions. C'est ainsi que nous avons vu au Tonkin et même en France des abcès tropicaux tellement vastes que la portion du foie restée saine était réduite à une coque de peu d'épaisseur dont les adhérences à la cage thoracique ne permettaient le rapprochement, l'accolement des parois de l'abcès qu'après une large résection de plusieurs côtes. — Boinet.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la tuberculose rénale avec fistule. — La tuberculose du rein se complique rarement de fistule ; le Dr Chazet ayant eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de M. Broca, a réuni douze observations, sur lesquelles il base une étude intéressante (th. Paris, 1900).

La fistule s'observe plus souvent à gauche; le pus se fait jour dans la majorité des cas au niveau des téguments de la région lombaire (fistules nephrocutanées); on l'a vu venir faire saillie au niveau du petit trochanter, au niveau du pli de l'aine ; on a observé l'ouverture dans le colon et dans la plèvre.

Pour que la fistule se produise, il faut une cavité purulente rénale qui ne se draine pas, ce qui nécessite la rétention des produits nécrotiques par imperméabilité de l'uretère. Le siège périphérique des lésions rénales est favorable à la production d'une fistule.

Les symptômes varient suivant le siège de la fistule, aussi lorsque la tuberculose rénale n'a pas été reconnue avant, le diagnostic est souvent difficile, cependant les divers moyens d'examen du rein permettront d'arriver au diagnostic.

Le pronostic est généralement sérieux ; les fistules cutanées sont les moins graves.

Il est aisé de comprendre que ce n'est pas la fistule qu'il faut traiter, mais sa cause, aussi ne devra-t-on pas s'attarder aux petits moyens, mais faire la néphrectomie après s'être assuré de l'état du rein opposé.

OBSTÉTRIQUE

De la grossesse dans l'utérus fibromateux. — Cette question de la grossesse compliquant les fibromes de l'utérus présente un grand intérêt pratique et mérite d'être envisagée à divers points de vue.

Tout d'abord on peut se demander si les fibromes n'ont aucune influence sur la fécondation ; en second lieu, une femme atteinte de fibrome utérin devient enceinte, que va-t-il se passer pendant la grossesse, le travail, les suites de couches? A supposer que la grossesse évolue normalement aura-t-elle une influence sur le fibrome ? Enfin, si des complications surviennent pendant la grossesse et le travail, que doit on faire ?

La plupart des auteurs admettent aujourd'hui que les fibromes sont une cause de stérilité relative, ils n'empêchent pas la fécondation mais la diminuent dans d'assez fortes proportions ; et lorsqu'il y a des grossesses, celles ci sont en moins grand nombre. Ce sont surtout les fibromes du corps qui entravent la conception, ceux du col ont une influence moindre.

Quant aux causes de cette stérilité relative, elles résident dans les modifications que les tumeurs fibreuses engendrent au niveau de l'utérus et des annexes, métrite, état congestif et spasmodique de l'utérus, agrandissement et irrégularités de la cavité utérine, déplacement de l'utérus et des trompes, pelvipéritonite, etc.; mais le fibrome en lui-même dégagé de toute complication ne peut guère avoir une action bien manifeste sur la fécondation.

A supposer qu'une grossesse survienne dans un utérus fibromateux, que va-t-il se passer ?

Tout d'abord, l'ovule fécondé peut s'arrêter en route et ne pas arriver dans l'utérus, il peut se produire de cette façon des cas de grossesse extra-utérine. D'autre part, arrivé dans l'utérus, l'ovule se fixe difficilement et peut être expulsé par les spasmes

Digitized by Google

de cet organe ; il peut s'implanter sur une région normale ou bien au niveau du fibrome et, dans ce dernier cas, il est à redouter que le placenta s'insère partiellement ou totalement sur le segment inférieur ou sur un point de la muqueuse en rapport avec le fibrome, et pour l'insertion vicieuse il n'est pas douteux qu'elle prédispose à l'avortement.

Cet accident est, en effet, assez fréquent, surtout dans les fibromes du corps de l'utérus, ce qui s'explique par ce fait que pendant la grossesse l'agrandissement de la cavité se fait surtout aux dépens du corps. L'avortement peut survenir à une période quelconque de la grossesse, mais on l'observe surtout du 4e au 6e mois.

La topographie du fibrome a une certaine importance au point de vue de l'avortement ; les fibromes sous-muqueux sont plus dangereux que les fibromes interstitiels; les sous-péritonéaux gênent très peu le développement de l'utérus.

L'accouchement prématuré est plus rare ; on l'observe du 8e au 9e mois et particulièrement dans les fibromes du col, à cause du développement du segment inférieur vers la fin de la grossesse.

On peut observer encore des hémorrhagies répétées et abondantes qui expliquent souvent les avortements. Enfin des phénomènes de compression portant sur les organes voisins, sur les vaisseaux, sur les nerfs peuvent encore compliquer la grossesse ; on a signalé la rétroversion de l'utérus avec enclavement dans le petit bassin.

Tels sont les divers accidents qu'on peut observer pendant la grossesse, mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent la grossesse évolue normalement sans la moindre gêne, ce qui est important au point de vue de la conduite à tenir dans ces cas.

L'influence fâcheuse des fibromes sur le travail doit être bien connue, car c'est à terme que peuvent survenir des accidents graves qu'il faut être prêt à parer.

Tous les auteurs signalent la tendance aux présentations vicieuses ; pour cela il faut qu'il y ait défaut d'accommodation. D'après Turner (*Th. Paris* 1900), les fibromes du col ne pourront guère, à moins d'atteindre un volume exceptionnel, modifier les lois de l'accommodation ; les gros fibromes sous-péritonéaux surtout les latéraux, déplaçant l'utérus par leur masse, gêneront l'évolution du fœtus vers le 5e ou 6e mois ; de même et plus encore les fibromes de l'isthme et du segment inférieur. Ce sont les présentations du siège qu'on observe le plus souvent, plus rarement la présentation du tronc.

Quelle que soit la présentation, la contraction utérine peut être modifiée dans son rythme, son intensité, sa force, d'où difficultés de l'accouchement, augmentation de la durée du travail et même rupture utérine.

D'autre part, Turner insiste sur la dystocie utérine causée par les fibromes de la région postérieure du segment inférieur.

La délivrance n'est pas sensiblement diminuée lorsque le placenta ne s'insère pas au niveau de la tumeur; tout au plus l'utérus gêné par le fibrome ne se rétracte-t il pas aussi rapidement. L'enchatonnement physiologique ne se fait pas aussi régulièrement, l'expulsion dans le segment inférieur peut être gênée par la présence de gros fibromes de la paroi; enfin, les fibromes du segment inférieur peuvent gêner le passage du placenta. Lorsque celui-ci est inséré sur la région fibromateuse on doit redouter des hémorrhagies graves dues au défaut de rétraction de la zone placentaire.

Les suites de couches peuvent être tout à fait normales; mais Olivry (Th. Paris 99) et Delagennière (*Arch. prov. de chir.* 1900) insistent sur les dangers d'infection des utérus fibromateux après la délivrance.

Quant à l'influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, elle se traduit par deux phénomènes, augmentation de volume et ramollissement. Les altérations anatomiques signalées sont les suivantes : lobulation plus accentuée, cloisons fibreuses épaissies, éléments musculaires abondants surtout à la périphérie du néoplasme. vaisseaux plus nombreux surtout les veines, lymphatiques dilatés, dégénérescence muqueuse ou colloïde des fibres et des cellules connectives, dégénérescence graisseuse des éléments musculaires.

Le fibrome pendant la grossesse peut ne se révéler par aucun symptôme et si le diagnostic d'utérus fibromateux n'a pas été fait antérieurement, la tumeur peut passer inaperçue. L'examen physique permettra en général de faire le diagnostic de l'état gravide lorsque le fibrome a été reconnu et inversement, la grossesse étant certaine, de reconnaître la présence d'un ou de plusieurs fibromes, mais il est des cas très difficiles qui nécessitent une observation prolongée et des examens répétés.

Le pronostic des fibromes pendant la grossesse est difficile à établir; très bénin dans certains cas, il est parfois des plus graves; cependant, on peut dire que l'enfant est plus exposé que la mère, car pendant la grossesse il court le risque de succomber par avortement ou accouchement prématuré, et pendant le travail par suite des difficultés de son dégagement.

La mère est exposée aux hémorrhagies, à la péritonite, à la gangrène du corps fibreux, aux accidents de la torsion de son pédicule, à la phlegmatia, à tous les dangers des opérations nécessitées pour la terminaison de l'accouchement.

Digitized by Google

Le pronostic varie enfin suivant le siège, le volume, la motilité, la consistance du fibrome.

En résumé, on doit toujours considérer la grossesse comme une complication sérieuse de l'utérus fibromateux, surtout grave lorsque le fibrome est volumineux et qu'il siège sur le segment inférieur.

L'intervention chirurgicale sera assez rare dans les fibromes compliquant la grossesse; elle sera commandée par les intérêts de la mère, par ceux de l'enfant, ou par les intérêts des deux à la fois; elle sera différente suivant la variété de fibrome et l'époque de la grossesse.

Turner donne les principes suivants :

Dans les six premiers mois, lorsque la vie de la femme est mise en danger par les hémorrhagies, les phénomènes de compression, la péritonite, la marche rapide de la tumeur, il est indiqué d'intervenir par l'extirpation des polypes, l'énucléation des fibromes du col, la myomectomie abdominale, l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale.

A partir du sixième mois on évitera autant que possible toute opération; l'accouchement prématuré doit être condamné; il ne sera entrepris que si la prolongation de la grossesse jusqu'à terme met la mère en danger.

Chez une femme enceinte, toute opération chirurgicale sur l'utérus n'est légitime que si elle est faite pour parer à des accidents ou complications menaçant directement la vie de la femme, pour éviter un avortement, pour supprimer une cause de dystocie ultérieure, lorqu'elle est bénigne et facile.

Toute intervention chirurgicale radicale qui consiste à supprimer l'utérus n'est indiquée que si la vie de la femme est directement menacée avant le septième mois, et à partir de cette date que si la vie du fœtus ou de la mère sont immédiatement menacées.

A terme ou près du terme, lorsque les fibromes du corps gênent l'évolution du fœtus, le forceps et la version seront quelquefois indiqués.

Les fibromes du col dystociques, les polypes seront enlevés et l'accouchement terminé spontanément ou artificiellement. Les fibromes véritablement dystociques, fibromes du segment inférieur, sont les plus dangereux; on ne devra pas s'attarder à la rétropulsion de la tumeur, à la dilatation du col, à la position genu pectorale; le forceps et la version seront rejetés lorsque la tête reste élevée; la symphyseotomie ne sera nullement indiquée, la dystocie étant d'origine utérine. L'opération de choix sera l'hystérectomie abdominale, car elle supprime la cause des accidents; dans les cas de dystocie infranchissable on la fera avant le début du travail.

En cas de mort de l'enfant, la conduite à tenir est plus facile; si la dilatation est suffisante on pourra faire la basiotripsie ou l'embryotomie, sinon on fera l'hystérectomie totale sans ouvrir la cavité utérine.

Dans les suites de couches deux sortes d'accidents peuvent indiquer une intervention, l'hémorrhagie et l'infection, plus rarement la persistance des troubles de compression.

Dans les hémorrhagies graves on aura recours à l'ablation du polype, à l'énucléation d'une masse polypeuse, à la ligature des utérines, à l'hystérectomie abdominale totale. L'infection commandera cette dernière opération; les accidents de compression nécessiteront l'ablation de la tumeur ou l'hystérectomie. — J. H. M.

Une mère albuminurique peut-elle allaiter ? — Telle est la question que se pose M. Commandeur (*Province Méd.*, décembre 1900). MM. Budin et Chavanne avaient déjà posé les conclusions suivantes :

1° Contrairement à l'ancienne opinion, les femmes qui ont de l'albuminurie ou ont eu de l'éclampsie peuvent nourrir leurs enfants. Souvent, l'albuminurie disparaît rapidement.

2° Quand elle persiste, ce qui est exceptionnel, l'allaitement peut être continué et la guérison de la mère ne paraît pas empêchée.

3° Il est évident qu'on doit surveiller les mères et les enfants et qu'en cas de complications ou de contre-indications, l'allaitement peut-être suspendu.

M. Commandeur, fort de ces conclusions, a laissé allaiter toutes ses albuminuriques, et il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Que l'allaitement maternel installé dès le premier jour des suites de couches n'est pas un obstacle à la disparition rapide de l'albumine; 2° Que l'albuminurie peut persister un certain temps après les couches sans qu'il en résulte de dommages ni pour la mère ni pour l'enfant. 3° Que l'albuminurie chez les femmes qui allaitent peut persister de longs mois, puis disparaître.

Ces conclusions se rapportent à des cas d'albuminurie de la grossesse et non à des cas de mal de Bright antérieure à celle-ci. En ce qui concerne cette dernière circonstance, M. Commandeur rapporte l'observation d'une malade chez qui une albuminurie ancienne a déterminé dans deux grossesses successives un accouchement prématuré. Depuis, le premier enfant est mort après la naissance. Malgré son albuminurie, persistant entre les grossesses, la mère a pu allaiter son second enfant, dont l'état de santé est florissant et cela malgré la présence de 0 gr. 75 d'albumine dans les urines de la mère.

L'albuminurie maternelle n'est donc pas un empê-

Digitized by Google

chement absolu à l'allaitement, mais il faut une surveillance étroite et ne la continuer que si la mère et l'enfant n'en souffrent pas.

L'albuminurie simple sans insuffisance rénale marquée n'empêche donc pas l'allaitement à condition qu'il y ait une surveillance régulière du médecin.

En ce qui concerne les nourrices mercenaires, on pourra à la rigueur les conserver si les enfants s'en portent bien, mais, comme il est assez simple d'en changer, il serait inutile de les conserver s'il y avait quelque ennui.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Résection totale de l'estomac suivie de guérison. — M. J. Bœckel, de Strasbourg communique l'observation d'une femme de 38 ans, à laquelle il a pratiqué la résection totale de l'estomac pour un cancer de la petite courbure; l'opération fut terminée par la suture de l'extrémité inférieure de l'œsophage à la portion initiale du duodénum. Les suites furent des plus simples; aucune complication ne survint; la malade a guéri en moins d'un mois; elle s'alimente et digère comme tout le monde et a augmenté de poids.

M. Bœckel termine son mémoire par les conclusions suivantes :

L'ablation totale de l'estomac est non seulement compatible avec l'existence, mais elle l'améliore d'une façon notable, dans certaines affections incurables et fatalement mortelles.

Jusqu'ici, elle n'a trouvé d'indication que dans des cas de tumeur maligne. Mais à côté du cancer viendront sans doute se ranger plus tard certaines affections gastriques graves, qui par leur siège ou leur étendue ne seront plus justiciables de l'anastomose gastro-intestinale.

Lorsque le néoplasme est nettement circonscrit, que les organes voisins sont sains, que toute autre intervention plus instruite est jugée impraticable, l'opération en question peut être pratiquée avec un succès, je n'oserais dire encore définitif, mais assurément durable. Les quatre seuls faits connus, ceux de Schlatter, de Brooks-Brigham, de Richardson et le mien, le prouvent d'une façon évidente.

Les risques opératoires, si l'on en juge par ces quatre faits, tous suivis de succès, ne paraissent pas bien considérables. Sous ce rapport la gastrectomie totale peut soutenir avantageusement la comparaison avec les opérations partielles, en apparence moins graves, en réalité plus meurtrières. Cette conclusion, peut-être prématurée à l'heure actuelle, demandera à être étayée par des faits plus nombreux. L'avenir nous renseignera à cet égard.

Les difficultés opératoires peuvent être réelles; elles sont loin toutefois d'être insurmontables. La mobilité de l'estomac et celle du duodénum donnent des gages de réussite immédiate très importants.

L'opération faite selon les errements de la chirurgie moderne peut et doit par conséquent réussir. Aussi sera-t-il légitime de la proposer dans les cas précités.

Le manuel opératoire de l'ablation totale de l'estomac comprend cinq temps essentiels qui sont, après la laparotomie :

1° La libération au niveau de la grande courbure, par la section du ligament gastro-colique;

2° La libération du pôle supérieur de l'estomac, entre deux pinces intestinales, dont la supérieure placée au-dessus ou immédiatement au-dessous du cardia;

3° La libération de l'organe au niveau de la petite courbure, par section du ligament gastro-hépatique;

4° La libération du pôle inférieur après section, entre deux pinces intestinales, de la première portion du duodénum;

5° L'anastomose de l'orifice cardiaque avec le duodénum.

La réunion de la paroi abdominale, sans drainage, termine l'opération.

Les suites opératoires dans le cas qui m'est personnel ont été des plus simples: la plaie a guéri par première intention absolue, sans fistule ultérieure. Elles ont été très rapides également; mon opérée, parfaitement remise, a quitté le service trente-trois jours après avoir subi cette grave opération.

En ce qui concerne les fonctions digestives j'ajouterai qu'elles ne sont en aucune façon troublées à la suite de la gastrectomie et qu'elles continuent à s'exécuter très régulièrement; lorsqu'elles ont été passagèrement entravées, troublées par la présence d'un néoplasme, elles redeviennent normales après l'opération, sous certaines réserves telles que le repas fréquents et modérés. Ce qui le prouve, c'est que l'état général des malades s'améliore très rapidement.

Ils augmentent de poids d'une façon très sensible, indice certain d'une assimilation parfaite et régulière. *(8 janvier.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Méningite purulente à bacille d'Eberth au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Laignel Lavastine rapporte un cas de méningite purulente survenue au cours d'une fièvre typhoïde. Cette complication ne fut pas due à une infection secondaire, mais à l'agent causal de la maladie, le bacille d'Eberth. En effet, on constatait ce bacille dans les coupes de l'encéphale et des méninges, à l'exclusion de tout autre microbe; il ne pouvait donc y avoir aucune erreur à ce sujet.

M. Rendu, secrétaire général, lit un rapport sur les travaux de la Société en 1900 et prononce l'éloge de MM. Gerin-Roze, Lebreton, Cadet de Gassicourt et Bergeron, membres de la Société, morts pendant l'année.

M. Joffroy est nommé président de la Société pour l'année 1901 et M. Du Castel, vice-président. *(28 décembre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement opératoire des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde. — M. Hartmann. En présence d'une perforation intestinale chez un typhique, le devoir du chirurgien est de recourir le plus tôt possible à la laparotomie. La production de la perforation à une période tardive de la fièvre et la précocité de l'intervention sont les deux grands facteurs qui favorisent le succès.

La question qui se pose est donc celle de la précocité du diagnostic. La douleur, la contracture de la paroi abdominale, la cessation de la respiration abdominale, une modification brusque de la température, une accélération du pouls qui devient fréquent et petit, sont autant de signes autorisant une intervention *(9 janvier)*.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Etude pratique du mal de Pott, par le Dr V. Ménard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, 1 vol. chez Masson.

L'auteur a voulu exposer dans ce livre les principaux traits de l'affection, si fréquemment soignée à Berck ; nul mieux que lui ne pouvait faire sur ce sujet œuvre utile et sa compétence dispense de faire une analyse détaillée et élogieuse de ce livre que tout praticien doit posséder.

Volontairement, l'auteur n'a donné à la théorie et à l'historique qu'une faible place ; il insiste plus sur l'anatomie pathologique, puis, après une étude clinique très complète, expose les diverses méthodes de traitement de la déformation, des abcès, de la paraplégie, en indiquant celles auxquelles il accorde le plus de confiance.

Un grand nombre de figures faites les unes d'après nature, les autres d'après des photographies, mettent sous les yeux du lecteur des faits précis et augmentent ainsi la valeur de ce livre.

Traité des varices des membres inférieurs et de leur traitement chirurgical, par M. Ch. Remy, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. chez Vigot.

L'étude de M. Remy est basée sur un grand nombre de dissections faites lors de résections des veines entre ligatures ; l'auteur ayant pu contrôler les descriptions et les théories de ses prédécesseurs et constater des faits non signalés, a cru utile de réunir en un volume ses connaissances cliniques, anatomiques et histologiques sur la maladie variqueuse.

Le premier chapitre est consacré à l'anatomie des veines du membre inférieur que l'auteur a pu étudier d'une façon nouvelle et très exacte à l'aide de la radiographie des veines injectées de poudres métalliques.

Il passe ensuite en revue les varices avec leur origine, leurs causes, leurs complications... etc.

Dans la troisième partie est exposé le traitement, et M. Remy ndique les résultats qu'il a obtenus chez les malades qu'il a traités et dont il relate les observations.

Ce livre traitant d'une des affections les plus communes sera lu avec fruit par tout praticien désireux de bien traiter et guérir ses malades.

Précis des opérations d'urgence, par M. Gangolphe, agrégé à l'Université de Lyon. 1 vol. chez Doin.

Depuis quelques années, à côté des traités de médecine opératoire sont venus prendre place un certain nombre d'ouvrages de thérapeutique chirurgicale dont quelques-uns traitent surtout des opérations à pratiquer d'urgence ; l'accueil qui leur a été fait montre qu'ils répondaient à une véritable nécessité.

Le livre de M. Gangolphe est l'exposé des leçons professées à Lyon pendant un semestre ; comme le dit l'auteur, « écrites pour des étudiants et des praticiens », ces pages n'ont pas d'autres prétentions que de leur venir en aide dans le choix et l'exécution d'un traitement chirurgical urgent. Il indique pour un cas donné la conduite à suivre, parce qu'elle lui a donné de bons résultats ; aussi n'entre-t-il dans aucune discussion capable d'atténuer la simplicité nécessaire à une sorte de formulaire chirurgical.

Après quelques notions de petite chirurgie, il expose dans différents chapitres les opérations à pratiquer d'urgence sur les systèmes osseux, articulaire, musculaire, tendineux, vasculaire, nerveux, sur les appareils respiratoire, digestif, urinaire et génital.

Nous ne pouvons que recommander vivement la lecture de cet ouvrage qui sera certainement des plus profitables.

Chirurgie des voies biliaires, par le Dr V. Pauchet (d'Amiens). 1 vol. de 95 pages, chez Baillière et fils.

Le Dr Pauchet vient de publier dans la collection des *Actualités médicales* une monographie des plus intéressantes sur les affections biliaires nécessitant une intervention chirurgicale. Après un court exposé de l'anatomie des voies biliaires et une étude rapide des affections chirurgicales de l'arbre biliaire, l'auteur passe à la technique opératoire générale des opérations à pratiquer et décrit ensuite successivement les opérations sur la vésicule, le canal cystique, le cholédoque, le canal hépatique, les canalicules biliaires.

Comme le fait remarquer l'auteur, jusqu'ici les traités de pathologie médicale, tout en signalant au médecin le rôle du chirurgien, n'insistent pas assez sur l'instant opportun de l'acte opératoire, d'où les interventions tardives et les insuccès.

Ce livre aura donc pour le praticien une double utilité, il lui indiquera le moment opportun de l'acte opératoire et la technique de l'opération à faire.

Zeitschrift für tuberculose und Heilstættenwesen, édit. Leipsick, chez S. Barth.

Ce titre est celui d'un nouveau périodique, qui paraît sous la direction de Gerhardt, Frænkel, v. Leyden ; il publie des articles allemands, anglais et français. Son but est de centraliser tout ce qui a trait à la connaissance de la tuberculose, à la lutte contre le fléau et en particulier aux sanatoria. Parmi les collaborateurs nous trouvons les savants les plus célèbres d'Europe et même d'Amérique. Peut être un peu trop spécial pour le praticien, ce journal devra compter comme abonnés tous ceux qui dirigent des sanatoria ou qui exercent dans des stations fréquentées par des poitrinaires. — Bd

Académie de médecine de Palerme

M. le Dr Huchard, de l'Académie de médecine de Paris, directeur du *Journal des Praticiens*, vient d'être nommé, par acclamation, membre de l'Académie de médecine de Palerme, une Société médicale bien vivace, puisqu'elle a été fondée au commencement du 17e siècle !

Erratum — Un certain nombre d'exemplaires de notre dernier numéro portent par erreur, sur la couverture seulement, n° 3 au lieu de n° 2.

ALIMENT COMPLET
DE MAXIME GROULT FILS AINÉ
Enfants, Vieillards, Malades, Albuminuriques, Surmenés, etc.
VENTE EN GROS : 2, IMPASSE LEBLANC, PARIS-GRENELLE

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Troubles dans l'innervation et la circulation au cours des maladies infectieuses.

Par le Dr Joseph PAWINSKI, *médecin à l'hôpital du St-Esprit à Varsovie.*

Les troubles de la circulation qui se produisent au cours des maladies infectieuses, ont depuis longtemps déjà attiré l'attention des médecins. Un pouls faible, peu tendu, irrégulier, des extrémités froides et cyanotiques, la pâleur de la face, se manifestant dans les cas de fièvre, ont toujours effrayé les praticiens alors même que la science ne savait encore que peu de chose, tant au point de vue des explorations physiques qu'à celui des conditions normales de la circulation. Bien que les médecins s'expliquassent diversement de pareils *états* et qu'ils aient prescrit de nombreux remèdes, conformes aux principes d'une école ou d'une autre, ils considéraient ces états comme une indication de la plus haute importance.

C'est au docteur Louis (1) que l'on doit de connaître scientifiquement l'état d'épuisement du cœur dans les maladies infectieuses. C'est lui le premier auteur « du cœur typique » comme plus tard Andral, Günzburg, Wunderlich, Stokes ont porté leur attention sur les lésions macroscopiques du cœur des malades décédés du typhus, c'est-à-dire sur la diminution de la consistance du muscle cardiaque, son état flasque et le changement de sa couleur (feuille morte de Louis).

C'est Virchow (2) cependant qui a donné les premières bases permettant de mieux connaître les lésions microscopiques qui se produisent dans le muscle cardiaque. Par la publication de son travail sur l'inflammation parenchymateuse, il a donné l'impulsion aux études histologiques du cœur typhique (Bœtcher, Steïn, Waldeyer, Zenker, Hoffmann, Renaut, Landouzy, Hayem) et *diphtériques* (Labadie-Lagrave, Birsch-Hirschfeld, Leyden, Œrtel, Romberg, Rabot et Philippe). Ces recherches ont démontré dans les deux maladies sus-indiquées non-seulement la présence de lésions parenchymateuses, c'est-à-dire de lésions dans les fibres musculaires, mais encore de lésions interstitielles (infiltration de petites cellules, prolifération du tissu conjonctif et lésions vasculaires).

Quant à la variole, les études de MM. Desnos et Huchard ont prouvé qu'à la période de suppuration, il se produit une myocardite infectieuse. D'autre part, les observations cliniques ont démontré que les lésions ci-dessus mentionnées se produisent dans les cas de typhus grave des formes hyperthermiques et ataxadynamiques.

Le développement de ces lésions se produit d'ordinaire à la fin de la seconde ou au commencement de la troisième semaine. Dans la diphtérie, le muscle cardiaque se trouve aussi atteint par le processus infectieux, non pas au début de la maladie mais dans sa marche ultérieure, le plus souvent dans la période de la disparition des fausses membranes ou dans celle de la paralysie.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels, c'est-à-dire dans les cas d'infection très pernicieux que se produisent les symptômes de l'asystolie du cœur dans les premiers jours de développement de l'affection.

Pour compléter ce court aperçu historique, il convient encore de rapporter une nouvelle et très intéressante manière d'envisager la pathologie d'épuisement du cœur, et, en général, des troubles circulatoires. Elle est née sur la terre française, grâce aux recherches du célèbre physiologiste Claude Bernard dans le domaine de l'innervation des vaisseaux, s'est développée presque sous nos yeux au cours des vingt dernières années de ce siècle et a apporté à la science une abondante moisson due au talent clinique de l'école française. Nous faisons allusion ici aux troubles du système vaso-moteur qui ont une si grande influence dans la pathologie de la circulation et sont cause d'un grand nombre d'accidents attribués autrefois uniquement au cœur. Cette opinion a trouvé dans les maladies infectieuses une application plus étendue depuis l'époque où les expériences bactériologiques faites sur les animaux n'ont pas seulement démontré que le système vasomoteur ne se trouve pas épargné par les microbes pathogènes mais devient souvent encore pour eux un terrain favorable d'infection.

C'est justement à ce genre de maladies où les bactéries jouent un rôle prépondérant sur les centres vasomoteurs qu'appartiennent avant toutes les autres l'influenza et l'infection par les streptocoques, les staphylocoques, les pneumocoques. Le grand mérite de M. H. Huchard c'est d'avoir attiré l'attention des cliniciens sur ce fait important lors de la sérieuse influenza de 1890. Les tableaux de la maladie qui se produisent en pareil cas affectent les nuances les plus variées. Il arrive souvent, surtout quand des troubles dans d'autres centres du système nerveux (de la substance corticale elle-même) se produisent que l'entourage du patient est fort inquiet et que le médecin même le plus expérimenté arrive à craindre pour la vie de son malade. C'est pourquoi je me permets de citer quelques cas de ce genre observés au cours de ma pratique de ces dernières semaines, période pendant laquelle la grippe se montrait souvent.

(1) Recherches sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, etc. Paris, 1829.

(2) Handbuch der spec. pathol. Anatomie, 1842.

Digitized by Google

Observation I. — D..., officier, âgé de 45 ans, de complexion délicate, à l'aspect anémique, issu d'une famille névropathique; son frère puiné est atteint d'une névrose cardiaque, la mère souffrait d'un grave arthritisme. Le malade attribue la sensibilité de son système nerveux au travail intellectuel excessif auquel il se livre depuis quelques années. J'ai été appelé chez ce malade à la mi-octobre par suite d'accès de dyspnée dont il souffrait et qui l'inquiétaient lui-même et encore plus sa famille. J'arrivai au moment même d'un de ces accès, le patient se plaignait avant tout du manque d'air et éprouvait des inquiétudes aux environs du cœur. Par moments, il restait assis, se levait brusquement, courait à la fenêtre qu'il essayait d'ouvrir. Sur son visage, se peignait une grande angoisse, la respiration était tantôt accélérée mais superficielle, tantôt elle semblait normale. Dans ce dernier cas, bien que la respiration semblât uniforme, le malade se plaignait de ce que l'air ne pouvait pénétrer dans la cage thoracique. Il éprouvait en outre la sensation d'une mort prochaine. — Les pupilles dilatées, principalement la droite, ne réagissaient pas suffisamment à la lumière. L'action du cœur présentait d'importantes hésitations, elle était en général dérangée — bruits sourds, rythme fœtal (embryocardie), pouls faible, souvent serré, parfois tout à fait imperceptible. Extrémités supérieures fraîches, face pâle, avec une légère teinte cyanosée. L'accès a duré environ une heure et ne finit par céder qu'à la suite de l'emploi de remèdes excitants (injections d'huile de camphre, de caféine, sinapismes, etc.). Je dois avouer que l'état du malade fit sur moi une impression grave, le tableau de la maladie se rapprochait de celui que j'avais coutume de voir dans les cas d'obturation des artères coronaire ou de l'embolie de l'artère pulmonaire. Comme l'exploration physique du malade, conduite avec la plus grande rigueur, n'ont permis de découvrir de lésions ni au cœur, ni aux reins, nous n'étions pas en état de nous expliquer les accidents précités ; et il y en eut plusieurs. Les données anamnestiques des derniers jours principalement ne se prêtaient guère à expliquer la pathogénie de la maladie.

Quelques jours avant de tomber malade, le patient s'était livré avec exagération à des travaux intellectuels ; il y perdit l'appétit, mangeait peu, ne sortait presque pas de la maison. Il s'expliquait les violents maux de tête dont il souffrait alors par le surmenage mental. Ne pouvant poser un diagnostic plus précis, il nous fallut nous contenter d'une généralité et dire au malade que nous avions eu affaire à un grave accès nerveux.

Le jour suivant, en examinant le malade, je reconnus une légère diminution de la sonorité en arrière de la cage thoracique, dans la région correspondant au sommet droit ; l'expiration était prolongée dans cette région. La température était légèrement élevée (37°8), pouls 80, force et tension moyennes, rythmique. Bruits du cœur nets, dimensions de la matité normales, second bruit de l'artère pulmonaire légèrement accentué. Respiration calme, non précipitée. Langue un peu chargée, appétit faible. Du côté du système nerveux, nous n'avons pu rien découvrir d'important. Le malade ne se sent en général pas trop mal, il ne peut se rendre compte lui-même de son état antérieur. Pour ce qui est de la marche ultérieure de la maladie, la submatité susmentionnée s'étendait chaque jour davantage vers le bas ; et à la fin du 6e jour, elle s'est transformée en matité qui avait déjà occupé la région scapulaire. L'expiration aussi devenait de plus en plus nette, et prit enfin le caractère bronchial. En un mot, il n'y avait plus à douter que nous nous trouvions en présence d'une pneumonie lobaire. Augmentation peu sensible de la température qui ne dépassait pas 38°4 dans la soirée et qui tombait dans la matinée à 36°5—37°0 ; la résolution graduelle par lysis distinguait cette forme de la pneumonie croupale ordinaire. Tout le tableau de la maladie nous portait d'ailleurs à admettre dans ce cas l'existence de la pneumonie que l'on rencontre dans l'influenza ou dans d'autres maladies infectieuses du même genre (infection par les streptocoques, par les staphylocoques, etc.). La toux était faible, les crachats muqueux peu abondants ; l'examen a révélé la présence du bacille de Pfeiffer et le diplocoque de Frænkel. La rate ne fut augmentée de volume qu'au bout de 6 jour

Obs. II. — Un officier de 50 ans, de complexion moyenne, m'a consulté au sujet d'accès nerveux dont il souffrait et qu'il ne pouvait s'expliquer ; ils s'étaient produits depuis plusieurs jours deux ou trois fois par jour ; voici comment il les décrit : il ressent d'abord une angoisse dans la région du cœur, une sorte de langueur, une oppression, puis il ressent une congestion à la tête, un léger vertige et une accélération des battements du cœur. Une abondante transpiration se produit sur le front et la face. En même temps, une angoisse difficile à décrire s'empare de lui, il ne peut rester en place et court à travers la chambre pour s'affranchir de cette intolérable sensation. Ces accès se produisent aussi la nuit, mais encore avec plus d'intensité que le jour. Le malade fait remarquer aussi que son état mental s'est modifié depuis quelques jours. Il est devenu très-sensible, enclin à pleurer, et pour ainsi dire abêti, comme il le dit lui-même. Il jouissait antérieurement d'une bonne santé, l'année qui a précédé sa maladie, il a eu beaucoup d'émotions par suite de la maladie et de la mort de son père (anévrysme de l'aorte). Quelques jours avant les accès précités, il avait ressenti à plusieurs reprises de légers frissons qu'il attribuait à un refroidissement. L'examen physique ne nous a fourni que peu de données. La température ne s'était pas élevée, le pouls était plus tendu et tant soit peu accéléré. L'auscultation était rendue difficile par suite du tremblement se produisant par intervalles. Après que le malade se fut calmé, nous avons constaté que le cœur ne présentait pas de lésions pathologiques. Seule, la muqueuse de la cavité de la gorge nous a paru un peu hyperémiée, la luette un peu enflée, mais le malade n'en éprouvait aucune gêne. Le lendemain, je vis le malade chez moi, et à ma grande surprise, je le trouvai beaucoup mieux. L'inquiétude, l'angoisse précordiale avaient disparu complètement. Le patient avait tranquillement dormi sa nuit, il ne se plaignait que du mal qu'il éprouvait lors de la déglutition et en général de se sentir comme brisé. L'examen de la gorge nous fit découvrir de la *tonsillite folliculaire*.

La température était un peu élevée 38°2, pouls 100, régulier. Après un traitement local, de quelques jours, et grâce à 0 gr. 20 de quinine deux fois par jour, les taches commencèrent à disparaître peu à peu, l'enflure des amygdales se dissipa graduellement.

Huit jours après, je permis au malade de reprendre ses occupations ordinaires. Il nous faut ajouter que dès la constatation de l'inflammation des amygdales, tous les troubles des systèmes nerveux et circulatoire avaient complètement disparu et ne se sont pas reproduits jusqu'à ce jour (depuis trois semaines). Le malade a reconquis son ancien équilibre mental.

L'observation suivante est différente quoique cependant pleine de symptômes cliniques importants.

Digitized by Google

Obs. III. — Mme X..., 50 ans, appartenant à la haute société, est tombée malade le 2 novembre courant. L'après-midi, en recevant du monde, elle ne se sentait pas bien portante, mais elle voulut vaincre son malaise et essaya malgré tout de s'entretenir avec ses hôtes. Mais bientôt elle éprouva un tel vertige qu'elle fut obligée de cesser la conversation et de se retirer dans la chambre voisine. Elle y perdit connaissance, tomba, le pouls disparut et la respiration cessa. L'état était si grave qu'on dut appeler la voiture du service de secours public. Ce n'est qu'après avoir tenté la respiration artificielle et lui avoir fait prendre des remèdes excitants qu'on parvint à rendre la vie à la malade. Après avoir repris connaissance, elle se plaignit de violentes douleurs pour ainsi dire déchirantes à la partie supérieure de la cage thoracique, un peu vers la droite. La malade, en parlant de ses douleurs, disait qu'il lui semblait que des chiens lui arrachaient des morceaux de chair du fond de la poitrine. Pour supprimer ces douleurs intolérables, il fallut avoir recours à des injections de morphine (0 gr. 01) bien que le pouls fut ralenti (40 à la minute) intermittent et que les pieds fussent refroidis. Après l'injection, la malade se calma un peu, mais bientôt se produisirent des nausées pendant lesquelles l'action du cœur faiblit de nouveau, le pouls devint filiforme et le rythme des bruits se rapprochait du rythme embryonnaire (embryocardie). Les douleurs ne cessèrent que lorsque se produisirent les vomissements, le pouls devint plus fort, la malade se sentit mieux, au point de demander une cigarette qu'elle fuma avec plaisir. Cette amélioration ne dura cependant guère plus d'une heure, les douleurs déchirantes recommencèrent, et comme malgré l'emploi de différents remèdes (bromure en lavement, codéine, opium, compresses chaudes, froides, respiration d'éther) les douleurs ne cédaient pas, il fallut vers minuit avoir recours à l'injection sous-cutanée de morphine. Le résultat fut satisfaisant, la malade se calma un peu — bientôt cependant, il se produisit un grand affaiblissement. Nous fûmes contraints de faire une injection sous-cutanée d'éther et en outre nous dûmes ranimer la malade avec du vin de chamqagne, du café noir, etc. Le matin, la malade s'endormit pendant quelque temps et quand elle se réveilla, elle ne ressentait plus de douleurs mais était très affaiblie. Cet état relativement bon dura jusqu'au soir. La température du corps s'élevait le matin à 36°6, à midi 37°6 et le soir 38° — pouls 54, 60, 70, respiration 18, 20, 24. Pression du sang faible, rythme du cœur ordinaire. Matité du cœur augmentée dans le diamètre longitudinal. La pointe du cœur se trouve dans le VIe espace intercostal un peu en dehors de la ligne mammaire gauche (légère hypertrophie du ventricule gauche). Bruits du cœur sans soufles, sourds. Le lobe de la glande thyroïde présente une excroissance de la dimension d'un œuf de poule qui existe depuis plus de dix ans. Du côté des voies respiratoires, rien à remarquer au point de vue pathologique. Urine peu abondante, riche en acide urique, et ne contient ni albumine, ni sucre. Langue chargée, dégoût pour le manger, une selle par jour. Complexion moyenne, nutrition pas très bonne, peu de tissu graisseux. Pâleur du visage et des muqueuses extérieures. Les données anamnestiques sont les suivantes : la malade est très impressionnable depuis longtemps, très sensible, n'a jamais été enceinte (mariée depuis 25 ans). Depuis 5 ans, elle a perdu ses règles. Cette période a été marquée pendant trois ans par des accidents nerveux et circulatoires (congestion à la tête, abondantes transpirations et lipothimies).

La malade, depuis son mariage, fume beaucoup, 20 à 25 cigarettes par jour. Elle a perdu deux frères de lésions au cœur. Huit jours avant de tomber malade, elle a dû, pour se faire arracher des dents se soumettre au chloroforme, ce qu'elle a supporté très bien. Pendant les jours qui suivirent, elle ressentit de légers frissons, un affaiblissement général et le soir une certaine moiteur. Elle considérait tout cela comme des symptômes de la malaria qu'elle avait eu quelques années auparavant, et cela ne l'empêchait pas de fréquenter le théâtre et le monde.

Le soir sur les huit heures, le 3 novembre, l'état empire de nouveau et cela sous une forme un peu différente. Des douleurs se manifestent non pas dans la partie supérieure de la cage thoracique, non pas non plus, au sternum, mais vers les côtes et dans la région des fausses-côtes. D'après le dire de la malade, ces douleurs qui débutèrent dans les environs du cœur, étaient extrêmement aiguës, irradiaient des côtes à la région abdominale lombaire et étreignaient le bas de la cage thoracique comme dans un cercle. Une respiration plus longue était en même temps rendue impossible, car tout effort pour inspirer une plus grande quantité d'air causait une grande souffrance à la malade, comme cela se produit lors d'une inflammation du péricarde ou de la plèvre. La respiration était donc très superficielle.

La patiente restait immobile sur le dos, car tout mouvement, surtout pour se mettre sur l'un ou l'autre côté, lui causait de grandes souffrances. Malgré un examen très sérieux, nous ne pûmes découvrir ni du côté du cœur, ni de celui des poumons, ni même dans la cavité abdominale aucune lésion pouvant expliquer la cause des douleurs.

L'examen des muscles de la cage thoracique et des nerfs ne nous fournit non plus aucun symptôme positif. Cette fois l'état du système sanguin différait de celui du précédent accès, c'est-à-dire dans le cas où les douleurs se manifestaient à la partie supérieure de la cage thoracique. L'action du cœur était énergique, les bruits du cœur éclatants, sonores, le pouls plein, grand, 120 pulsations à la minute, température 37°8. Grâce à des compresses chaudes, appliquées sur la cage thoracique, les douleurs s'apaisèrent un peu ; la respiration resta cependant très superficielle et fréquente jusqu'au lendemain matin. La nuit fut relativement tranquille, la malade ne put cependant dormir, elle ne fit que sommeiller. Le jour suivant (4 novembre) elle ne ressent aucune douleur, respire librement, peut se retourner un peu sur le côté droit. Le matin, température 37° ; pouls 110,120, de temps en temps, intermittent ; bruits nets, éclatants, rythme rapproché du rythme pendulaire. Les pupilles modérément dilatées, réagissent bien à la lumière. Reflexes en général augmentés aussi bien que la sensibilité cutanée. Il fut impossible de trouver des stigmates hystériques. La malade prend du bromure, de la valériane. Le soir, température 37°8 ; pouls 120.

5, 6, 7 novembre, amélioration graduelle. Etat apyrétique ; mains et pieds chauds, transpiration plusieurs fois par jour ; la malade ne ressent aucune douleur et ne se plaint que de courbature générale. Pouls environ 80, rythmique. La convalescence a duré assez longtemps, les forces revenaient très lentement, en sorte que la malade ne put quitter le lit qu'au bout de deux semaines et au commencement, seulement pour quelques heures.

Quant au diagnostic, la question se pose si dans le cas présent, nous ne nous sommes pas trouvés simplement en présence d'un accès d'hystérie ?

La réponse sera cependant négative, si nous considérons que la malade n'a jamais eu d'accès d'hys-

Digitized by Google

térie, qu'elle n'en avait ni les stigmates, ni le caractère.

En outre, la hausse de la température (quoique en général peu sensible), des frissons se reproduisant pendant une semaine vers les midi, après quoi une légère transpiration, un affaiblissement subit de l'activité du cœur, sont contraires au diagnostic de l'hystérie. Nous ne voudrions pas prétendre par là que le principe nerveux n'ait pas joué un rôle important dans le tableau de cette maladie, car l'anamnèse l'indique. Nous pensons seulement que des symptômes aussi graves du côté des systèmes circulatoire et nerveux constituaient le résultat d'une autre cause, à savoir de l'affection grippale. Ce qui milite en faveur de cette dernière hypothèse, c'est le sensible affaiblissement des forces, la longue convalescence, et l'influenza qui régnait en ville à cette époque, au type normal, sans fièvre ou avec une température peu élevée, et des symptômes nerveux très accentués.

Conclusions. — Bien que les observations rapportées plus haut soient toutes différentes les unes des autres, quant à leur marche, elles ont une certaine relation entre elles; dans toutes, apparaissent au premier plan des symptômes indiquant le désordre du côté des centres nerveux.

Dans la 1re observation nous nous trouvons en présence de troubles des centres respiratoire et vaso-moteur. Chez un homme jusqu'ici bien portant qui ne souffrait d'aucune affection des systèmes respiratoire et circulatoire, avec un fonctionnement normal des reins, il se produit une dyspnée, d'un degré d'acuité très rarement observé. En outre, même au moment de l'accès asthmatique, l'auscultation des poumons ne fournit aucun symptôme d'œdème. La pâleur de la face, une tendance à l'évanouissement, des vertiges, le refroidissement des extrémités, un pouls faible et disparaissant à tous moments, le rythme fœtal des bruits du cœur indiquent une activité sensiblement diminuée du système vasculaire. Un pareil état peut-il s'expliquer autrement que par des troubles dans le fonctionnement du bulbe? Il se peut que les changements dans le sang, entre autres ceux qui se rapportent au taux de l'hémoglobine, ont contribué également à la production des symptômes susénoncés.

Dans la IIe observation, le symptôme le plus remarquable est une inquiétude générale, une angoisse précordiale, une dépression et, en général, le changement dans l'état psychique.

De pareils symptômes, se produisant assez rapidement chez une personne non atteinte par une affection du système nerveux ou du cœur, indiquent des troubles dans la nutrition de la substance corticale et de troubles aussi dans les centres vaso-moteurs.

Dans la IIIe observation, après quelques jours de faiblesse générale, le malade perd connaissance, il se produit une syncope grave dont on ne peut venir à bout que par des excitants pour faire revenir le malade à la vie. Dans la marche ultérieure de la maladie, les symptômes de l'affaiblissement du cœur, et les troubles dans l'activité des centres vaso-moteurs prédominent tandis que les symptômes corticaux disparaissent. Les accidents plus haut décrits, nous les avons rapportés à la catégorie de l'infection grippale par les streptocoques, nous ajouterons encore que tous se faisaient remarquer par leur influence marquée sur le système nerveux. Comment alors s'expliquer les troubles dans l'activité des centres nerveux? Ils se sont produits d'après toute vraisemblance par suite de la réaction des microbes pathogènes spécifiques (bacille de Pfeiffer, streptocoques, etc.) sur les centres nerveux du cerveau. Il est difficile de dire avec certitude si cette réaction s'est produite simplement par voie mécanique, c'est-à-dire par leur adhérence aux vaisseaux capillaires ou par voie chimique, c'est-à-dire par la production de toxines. En général, cette seconde explication trouve plus de partisans que la première, ils prétendent que le sang seul ne présente pas de conditions favorables pour le développement des bactéries; à ces conditions appartiennent le sérum, le courant du sang, les leucocytes, et en partie le manque d'oxygène ou une surabondance d'acide carbonique. Ce qui mérite aussi notre attention dans ces observations, c'est la manifestation de troubles nerveux et circulatoires au début de la maladie, et cela dans un état afébrile ou sub-fébrile. Dans d'autres maladies, nous notons ordinairement ces troubles un peu plus tard ou bien au moment d'une importante élévation de la température, ou bien encore dans la période de crise, de chute subite de la température; ce n'est que dans les cas exceptionnels d'infection par des toxines très violentes comme il arrive parfois dans la diphtérie, que la paralysie des nerfs et du cœur se produit également dans les premiers jours. C'est une circonstance digne de remarque que ces graves symptômes dans les centres nerveux et circulatoire se produtsent plus souvent sous des formes atténuées apyrétiques de la grippe. H. Huchard relate le fait dans ses travaux (1) et mes observations des derniers temps le confirment entièrement. De quoi cela dépend-il que présentement nous observons plus de formes d'influenza au cours en apparence bénin, mais en réalité grave pour les systèmes nerveux et circulatoire? Il est difficile de se prononcer à ce sujet d'une façon décisive. Il se peut que les conditions

(1) *Journal des Praticiens*, 1900, n° 10, et *Consultations médicales*, Paris 1901.

Digitized by Google

cosmiques ou d'autres, inconnues jusqu'ici, jouent dans ce cas un certain rôle ; du reste dans d'autres épidémies infectieuses, on a remarqué également une sorte de graduelle diminution de l'intensité de l'infection proportionnée à la fréquence de la dite épidémie ou bien à l'éclosion de certaines formes atypiques.

On peut seulement certifier que les conditions individuelles de l'organisme jouent dans l'infection un rôle prépondérant et que nos remarques confirment pleinement. Les individus atteints par des troubles dans les centres d'innervation et de circulation fournissaient un terrain bien préparé — *locus minoris resistentiæ*. Dans la première remarque, la disposition névropathique héréditaire, le surmenage intellectuel, qui a précédé le début de la maladie; dans la seconde, la suggestion basée sur la maladie et la mort d'un frère (anévrisme). Dans la troisième, des émotions souvent répétées, anesthésie au chloroforme, une semaine avant le début de la maladie, abus de la nicotine depuis de longues années, enflure de la glande thyroïde avec une légère hypertrophie du cœur. Nous devons encore porter notre attention sur une autre circonstance ; dans les deux premiers cas les symptômes graves du côté du cerveau disparurent complètement après l'apparition, dans le premier cas, de la pneumonie lobaire, avec caractère grippal, dans le second, de l'amygdalite folliculaire.

On pourrait expliquer les faits de ce genre de deux manières différentes

1° Ou bien nous étions en présence d'une seule infection et les bactéries et leurs toxines circulaient dans le sang, produisant des symptômes généraux (centres nerveux), jusqu'à ce qu'enfin, trouvant un terrain propice à leur développement, elles constituent le point de départ des lésions morbides locales. En un mot, on devrait rapporter les premiers symptômes à la période prémonitoire de la maladie (stadium prodomorum), les seconds, au contraire, à la maladie déjà développée.

2° Ou bien, il y avait ce que l'on appelle une infection mixte. Il faudrait considérer les troubles graves des centres nerveux comme le résultat de la principale infection par le bacille de Pfeiffer, tandis que l'inflammation des poumons, des amygdales serait consécutive à une inflammation par d'autres microbes comme par exemple les diplocoques, les streptocoques. C'est ce qui se produit souvent. Les tissus affaiblis par l'action d'un parasite sont très bien préparés à en recevoir un second, comme cela arrive, par exemple, dans la tuberculose, la diphtérie.

Dans l'influenza, on pourrait d'autant plus facilement supposer l'existence de cette forme d'infection mixte, attendu que dans les crachats et les exsudations des individus atteints de cette affection, nous trouvons ordinairement outre le bacille de Pfeiffer d'autres microbes (diplococcus pneumoniæ, streptococcus, staphylococcus).

Dans nos observations, nous étions enclins, surtout dans la première, à accepter la première de ces explications. Les troubles des centres nerveux et les les lésions du poumon gauche étant la résultante de l'action d'un seul et même microbe (bacille de Pfeiffer). Dans le tissu pulmonaire, il a trouvé des conditions plus favorables à son développement que dans le cerveau, et a provoqué la formation de lésions pathologiques étendues. Qu'il existe entre la disparition des symptômes consécutifs aux troubles du système nerveux et la production du processus local, une relation de cause à effet, c'est ce qu'indiquent diverses remarques cliniques. Les gynécologues ont connaissance de la disparition des symptômes généraux très pénibles, parfois même, la diminution de la fièvre avec développement de la paramétrite — dans les infections streptococciques. La même chose se produit dans les fièvres éruptives, aiguës (rougeole, scarlatine, variole), dès que l'éruption s'est produite. Enfin, je puis m'en référer à ce fait que l'on rencontre souvent dans les affections cardiaques et rénales, c'est que l'inquiétude, le manque de sommeil, la dyspnée, disparaissent dès que se produit la transsudation dans les cavités naturelles. Cela se produit par suite de la pénétration de quelque corps toxique (toxine), circulant avec le sang, dans les parties d'où plus tard, quand une fois les conditions circulatoires se seront améliorées, elles pourront, grâce à diverses sécrétions et excrétions, être éliminées de l'organisme (notamment par les reins). Quoique ces faits se produisent d'habitude dans les maladies non-infectieuses, nous pensons cependant que notre comparaison n'y perd rien, puisque la réalité est basée sur la formation de corps toxiques dans le sang, sans qu'il soit nécessaire d'examiner s'ils sont les produits des microbes ou ceux des autres processus biologiques. Pour ce qui est des troubles dans l'innervation du cœur et des vaisseaux, c'est dans la IIIe observation qu'ils sont les plus typiques. On peut les diviser en deux catégories.

Dans la première, au début de la maladie, il y avait des symptômes d'un affaiblissement général de l'action du système nerveux, ce qui vraisemblablement pourrait dépendre de la suspension momentanée de l'activité des centres nerveux et circulatoire. Lorsque par suite des remèdes existants, la circulation du sang eût commencé à s'améliorer des douleurs sténocardiaques extrêmement violentes se produisaient et tourmentaient la malade pendant plusieurs heures. Ces douleurs, eu à égard à leur

Digitized by Google

localisation, à leur caractère et à leur irradiation ne pourraient être classées que dans la catégorie des douleurs qui caractérisent les angines de poitrine.

La deuxième catégorie embrasse les symptômes, non de paralysie, mais d'excitation du système vasculaire avec un pouls fréquent, large, et une activité énergique du cœur. C'est état est accompagné de douleurs excessivement intenses dans les régions costales inférieures de la cage thoracique, avec respiration gênée et très douloureuse. En dehors des troubles du côté des nerfs vagues et surtout du côté des rameaux pulmonaires, la fonction anormale du diaphragme semblait avoir contribué à la production de cette dyspnée bizarre.

En présence du tableau très compliqué de la maladie, auquel ont contribué les symptômes les plus divers du côté des systèmes nerveux et circulatoire, je serais d'avis que s'efforcer de donner un diagnostic par trop précis ne pourrait que nous mener à des hypothèses peu vraisemblables.

Je me bornerai donc à dire seulement que l'influenza pernicieuse de l'infection s'est répercutée non seulement sur les centres nerveux mais aussi sur le plexus et les nerfs périphériques (plexus cardiacus, pulmonaris, nephreticus, etc.).

Pour ce qui concerne la pathogénie des troubles dans les centres d'innervation et particulièrement vaso-moteurs, les observations cliniques aussi bien que la bactériologie nous ont fourni dans les derniers temps beaucoup de matériaux. Il a été démontré qu'il existe des microbes dont les produits ont une action spécifique sur le système vaso-moteur.

C'est ainsi que Charrin et Gley (1) ont montré qu'à la suite de l'injection intra-veineuse d'une certaine quantité de produits pyocyaniques, l'excitation du nerf dépresseur est fortement diminuée, et que, d'une façon générale, les réflexes vaso-dilatateurs d'origine médullaire, comme d'origine bulbaire sont, par ce moyen, diminués ou même supprimés.

D'autres poisons microbiens ainsi que la toxine diphtérique déterminent une baisse considérable de pression artérielle (Enriquez et Hallion). Cela semble dépendre d'une paralysie du système nerveux vaso-constricteur.

D'autres auteurs (Pachon, Mulinier) affirment que la diminution de la tension ne dépend ni d'une vaso-dilatation passive par paralysie du système nerveux vaso-constricteur, ni d'une excitation des appareils vaso-dilatateurs ; elle serait liée à l'affaiblissement de la systole ventriculaire et à l'insuffisance de la réplétion cardiaque.

L'activité du système vaso-moteur joue un grand rôle dans la pathologie. Il est notoire que l'inflammation réactive se produisant sur la peau, ou bien même de la pénétration des microbes, consiste surtout dans l'afflux sanguin. Cette congestion locale est le prélude nécessaire de l'exsudation, de la diapedèse, de la phagocytose, sans lesquels il ne peut exister d'inflammation. Si donc, disent Charrin et Gley, cette dilatation vasculaire, condition première de cette suractivité organique, est empêchée, l'organisme luttera malaisément contre l'infection quel que soit du reste le procédé dont il se serve pour cette lutte. Là où par contre le microbe pathogène a pénétré à l'intérieur de l'organisme dans le courant sanguin et dans les organes, le développement subséquent dépend en grande partie du degré de l'activité des appareils vaso-moteurs. La fonction plus vive, plus énergique de ces derniers influe d'une façon favorable sur l'activité des organes sécrétoires et excrétoires (des reins, des poumons, de la peau, etc.). De cette façon, les produits pathogènes des bactéries peuvent être plus facilement éloignés de l'organisme.

Si donc les mécanismes nerveux vaso-moteurs ne fonctionnent pas tout à fait régulièrement avant l'apparition de l'infection (comme c'était le cas chez nos malades), ou si le degré de virulence des microbes était très accusé, paralysant les centres vaso-moteurs, on peut s'imaginer facilement quelles perturbations peuvent se produire dans le système cardio-vasculaire. Quant au *traitement* dans les cas analogues aux nôtres, l'indication la plus convenable à donner sera d'agir contre l'aflaiblissement du cœur, l'hypotension vasculaire et en général contre l'asthénie nerveuse (caféine, camphre, valériane, l'ergot de seigle, strychnine, quinine). Les abcès disparus il faut favoriser l'éliminination des toxines microbiennes, tenir un grand compte de l'état du foie et des reins, comme le dit avec raison Huchard. La prescription du laitage est la plus propre à recommander. Enfin, il est nécessaire d'éviter toute cause de débilitation de l'organisme, rester au lit tant que la force de résistance de l'organisme n'augmente pas.

(1) Comptes-rendus de l'Académie des sciences. 28 juillet 1890.

ÉTUDE CLINIQUE

Un cas de myélite blennorrhagique

Par le Dr M. Labbé

Plus on étudie la blennorrhagie plus on s'aperçoit que cette infection est capable de provoquer, comme les autres, des déterminations pathologiques sur les divers tissus et appareils de l'économie. On connaissait déjà depuis longtemps le rhumatisme blennorrhagique, on commence maintenant à connaître les myélites blennorrhagiques.

L'observation suivante en est un exemple

Digitized by Google

Le malade âgé de 35 ans, entra le 9 août 1900, dans le service du Pr Dehove pour des arthrites, avec impotence des membres inférieurs, survenues au cours d'une blennorrhagie ancienne.

L'affection avait débuté au mois de juillet. Le sujet qui exerçait la profession de maître d'hôtel, commença après un ou deux jours de malaise et d'embarras gastrique, à ressentir des douleurs dans les articulations des membres inférieurs; bientôt il fut pris d'une faiblesse musculaire extrême, il ne pouvait plus se tenir debout, ses jambes s'effondraient. En même temps il souffrait de douleurs en éclair dans les cuisses et dans les jambes, de fourmillements dans les pieds. Il consulta; on le traita par le salicylate de soude et les frictions calmantes. Comme son état ne s'améliorait pas, il entra l'hôpital au mois d'août.

A cette époque ses genoux étaient tuméfiés, les articulations des membres inférieurs douloureuses, le talon très douloureux; l'impotence des jambes persistait; pendant quelques jours, il éprouva de la difficulté à uriner, bien que les mictions ne fussent nullement douloureuses; mais il ne perdit pas ses urines, ni ses matières.

Dans la suite, les douleurs, la paralysie s'atténuèrent.

Cependant, au commencement de novembre, il n'est pas encore guéri. On provoque encore quelques douleurs en pressant sur le talon, sur l'insertion du tendon d'Achille, sur le côté du genou. Le calcaneum est hypertrophié à l'insertion du tendon d'Achille et l'encoche interne du pied est très accentuée : la déformation, bien que légère, présente les caractères du « pied blennorrhagique » décrit par Jacquet. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'existence d'une paraplégie spasmodique.

Le malade se tient sur ses jambes, mais il marche difficilement, parce que ses jambes sont faibles et raides, et parce qu'il ne sent point le sol sous ses pas. Au lit, il résiste mal aux mouvements de flexion et d'extension provoqués des membres inférieurs.

L'atrophie musculaire est très marquée à la jambe et à la cuisse; les muscles sont flasques. Les réflexes du tendon d'Achille et du tendon rotulien sont exagérés et l'on provoque un peu de trépidation épileptoïde. Les réflexes cutanés sont conservés. Le signe de Babinski est difficile à percevoir, mais paraît exister. Les muscles se contractent mal sous l'influence des courants faradiques. Les diverses sensibilités tactile, douloureuse, thermique, musculaire, sont intactes. Il n'y a pas de troubles des sphincters.

Aux membres supérieurs, on note aussi un peu de faiblesse musculaire et des réflexes tendineux assez forts.

En résumé, le malade est atteint d'une paralysie spasmodique légère, rappelant le syndrome de Erb que l'on observe dans la syphilis médullaire. Cependant, il n'a pas eu la syphilis; dans ses antécédents on ne trouve que la dysenterie, contractée il y a longtemps aux colonies; pas de paludisme, pas d'autre maladie infectieuse. Notons enfin l'absence de tout stigmate d'hystérie.

La seule maladie sérieuse qu'il ait présentée est une blennorrhagie récidivante : à 18 ans, il a eu une première blennorrhagie qui récidiva au régiment. A 27 ans, il contracta une nouvelle blennorrhagie qui se compliqua de rhumatisme et, depuis cette époque, il eut à plusieurs reprises des récidives de blennorrhagie accompagnées de douleurs articulaires. C'est dans les mêmes conditions, en même temps qu'une attaque de rhumatisme blennorrhagique, qu'est survenue la paraplégie; on ne peut donc, bien qu'actuellement l'écoulement urétral soit presque tari, mettre en doute la nature gonococcique de cette paralysie. Peut-être, d'ailleurs, pour expliquer la localisation de l'infection sur la moelle, peut-on invoquer les excès génitaux auxquels le malade avoue s'être livré durant la période qui précéda l'éclosion de la myélite.

Les paraplégies d'origine blennorrhagique étaient à peu près inconnues il y a quelques années. On trouve bien quelques observations de Stanley en 1833, de Gull en 1856, de Ricord en 1866, de Tixier, de Peter, mais ces observations étaient éparses, jusqu'au jour ou Hayem et Parmentier les groupèrent et publièrent un mémoire intéressant et précis sur la question. Depuis cette époque, quelques observations ont été encore publiées par Spillmann et Haushalter, par Dufour, par Milian. Lustgarten a étudié dans sa thèse toutes les complications nerveuses de la blennorrhagie et montre que cette infection peut produire des affections cérébrales; des myélites, des névrites, des névroses même.

Ces paraplégies blennorrhagiques se présentent le plus souvent avec les caractères observés chez notre malade. Ce sont généralement des paraplégies spasmodiques, légères, curables, avec troubles très légers des sphincters, mais beaucoup d'atrophie musculaire.

Quelquefois, cependant, elles sont plus graves et affectent la forme flasque; ou bien elles sont marquées par des douleurs vives et persistantes avec très peu de phénomènes, par une sciatique double, comme dans l'observation de Peter.

Caractère important, elles coïncident souvent avec un rhumatisme léger, ce qui a permis de soulever l'hypothèse d'un rhumatisme d'origine spinale.

A côté du rhumatisme blennorrhagique lié à la culture du gonocoque ou des microbes il infection secondaire dans les articulations, véritables arthrites infectieuses, il y aurait un rhumatisme blennorrha-

Digitized by Google

gique lié à l'action de la toxine gonococcique sur la moelle, véritable trouble trophique. C'est la forme spinale du blenno-rhumatisme de Jacquet, bien éloigné, d'ailleurs, dans ses manifestations cliniques et anatomiques, des véritables arthropathies nerveuses qu'on voit dans le tabes et la syringomyélie.

On a interprété aussi d'une façon inverse la relation entre les troubles médullaires et articulaires. Charcot admettait que les arthropathies étaient primitives et que les lésions articulaires retentissaient sur la moelle pour y créer une altération organique ou dynamique, d'où résultaient les atrophies musculaires. Assurément les lésions articulaires peuvent retentir sur la moelle ; l'anatomie pathologique et l'expérimentation le prouvent; mais les altérations médullaires sont minimes et insuffisantes à expliquer la production d'une paraplégie. D'ailleurs ce qui tranche la question, il est des cas où la paraplégie blennorrhagique est survenue en dehors de toute manifestation articulaire.

Je n'insisterai pas sur les diverses théories qu'on a anciennement proposées pour expliquer les paraplégies blennorrhagiques : action réflexe d'origine articulaire, inhibition médullaire, infection urinaire, arthrites vertébrales, etc. Ce sont des explications qui ne reposent sur aucun fait précis et qui n'ont même pas toujours le mérite de la simplicité.

Aujourd'hui que l'on connaît bien, cliniquement et expérimentalement, l'action des microbes et des toxines sur le système nerveux, il est facile de comprendre la production des paraplégies blennorrhagiques ; il est vraisemblable que les toxines élaborées par le gonocoque ou par les microbes d'infection secondaire vont adultérer les éléments médullaires et produire des foyers de myélite dont on a retrouvé la trace au cours de quelques nécropsies.

Habituellement, c'est dans la période aiguë de la blennorrhagie que survient la myélopathie. Notre malade faisait exception à cette règle : chez lui, c'est au cours d'une blennorrhagie ancienne et peu intense que se sont montrés le rhumatisme et la paraplégie.

Mais il ne faut pas s'étonner de cette apparition tardive ; n'est-ce pas surtout au déclin ou pendant la convalescence des maladies infectieuses que surviennent les complications nerveuses, comme si les toxi-infections avaient besoin pour se localiser sur le système nerveux d'une atténuation de leur intensité ou d'un certain degré de vaccination de l'organisme ; ainsi, c'est surtout dans la convalescence et non au cours de la fièvre typhoïde qu'apparaissent les névrites, c'est dans les formes bénignes de la diphtérie et à une période tardive qu'on a le plus à craindre les paralysies.

Le pronostic des paraplégies blennorrhagiques, et surtout des formes atténuées, comme celle que présente notre malade, est favorable ; la guérison survient ordinairement en l'espace de quelques mois ou d'une année.

Elle peut être aidée par les bains sulfureux, le massage et l'électrisation des muscles ; et complétée plus tard par une cure hydrominérale à Bourbonne-les Bains, à Bourbon-l'Archambault, à la Malou, à Spa, à Salins-Moutiers, etc.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Microcidine (naphtolate de soude). — Voici, d'après le formulaire des pharmaciens du Loiret, la préparation de la microcidine, produit préconisé dans ces dernières années comme antiseptique puissant (Berlioz, de Lyon) :

Naphtol B.....	10 gr.
Soude caustique liquide 1/3	15 —
Eau distillée.....	15 —

Dans une capsule, verser la soude liquide et l'eau, ajouter le naphtol et faire dissoudre à chaud. La dissolution s'opère rapidement. Faire évaporer à l'étuve, à l'abri de la lumière, en couvrant la capsule avec du papier à filtrer.

La poudre ainsi obtenue est presque blanche, soluble dans l'eau (une partie dans trois parties d'eau). Les solutions concentrées sont un peu brunes, les solutions faibles 3 pour 100 sont incolores.

La microcidine s'emploie en solution dans la proportion de 3 à 5 pour 1000.

Huile au bi-iodure de mercure :

Bi-iodure de mercure.....	0 gr. 40
Huile d'olives stérilisée.....	100 gr.

On arrive facilement à effectuer cette préparation en opérant de la façon suivante : On fait dissoudre le bi-iodure de mercure dans un mélange de 10 grammes d'alcool et d'une égale quantité d'éther, on ajoute l'huile et on chauffe au B. M. jusqu'à disparition complète du dissolvant.

1 cent. cube renferme 4 milligr. de bi-iodure.

Vin phosphaté :

Phosphate de soude.....	3 gr.
Phosphate de potasse.....	6 —
Phosphate monocalcique	12 —
Glycérine	120 —
Vin Malaga, q. s. pour 1 litre.	

Un verre à madère avant chaque repas.

Traitement de la cystite. — M. Bazx conseille l'association du benzoate de soude à la térébenthine et au goudron sous la forme suivante :

Benzoate de soude.....	ãã 0,10 centigr.
Térébenthine cuite.....	
Goudron de Norvège	

Pour une pilule ; 6 à 8 par jour.

On peut aussi donner du goudron aux repas, de la tisane de buchu ou d'uva ursi.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement des teignes tondantes. — Les traitements proposés pour la guérison des teignes tondantes sont innombrables. Rien que cette multiplicité prouve qu'il n'y en a pas un de bon, les meilleurs sont médiocres, il faut le savoir et puisqu'on est amené forcément à utiliser les meilleurs parmi les médiocres, il faut savoir comment s'en servir pour hâter leur effet thérapeutique. Voici comment le Dr Pignot, dans un intéressant travail sur les teignes (Steinheil, éditeur), s'exprime à ce sujet, donnant en cela le traitement des teigneux, tel qu'il est pratiqué à l'hôpital Saint-Louis.

Le traitement de la teigne sur une tête doit d'abord être la prophylaxie des parties restées saines. Il comprend six à huit jours d'applications thérapeutiques successives, c'est :

1° Des applications d'huile de cade ou de glycérolé cadique le soir, sur toute la tête universellement. Ce médicament a pour action spéciale de détruire tout *pityriasis alba*, toute desquamation épidermique et de ramener l'épiderme interfolliculaire à l'état d'intégrité.

2° Chaque matin, on savonne le cuir chevelu pour enlever la médication appliquée la veille et après savonnage, rinçage et séchage on applique par friction dure et également générale, une couche de teinture d'iode étendue de 3 ou 4 fois son volume d'alcool à 90°, cette dernière application ayant pour résultat de détruire indistinctement tous les fragments de parasites que la solution iodée a touchés. Ce premier traitement n'a pas la prétention de détruire le parasite *dans la profondeur*, mais seulement *à la surface* et d'empêcher que les graines, incessamment déversées sur le cuir chevelu, aillent s'inoculer à distance des plaques malades dont elles sont issues, en créant des foyers nouveaux. Il est excellent de continuer ce traitement de prophylaxie locale pendant toute la durée de la maladie. Dès qu'on aura commencé son application on empêchera la production à distance de tout nouveau point d'inoculation et on limitera les dégâts causés par le parasite à ce qu'ils étaient, lorsqu'on a pris la direction du traitement.

Reste maintenant à examiner les moyens de traitement actif des plaques de tondantes constituées. Une simple comparaison nous montrera comment la nature guérit elle-même certaines plaques trichophytiques. Il y a des trichophyties animales en grand nombre dans lesquelles le parasite produit, outre l'infection du poil, une réaction suppurative périfolliculaire. Le poil détaché se trouve éliminé avec le parasite qu'il contient par un petit abcès folliculaire du type des folliculites profondes et il est d'observation clinique courante que ces trichophyties à folliculites guérissent spontanément, beaucoup plus vite que les trichophyties sans réaction folliculaire, celles dont nous connaissons les symptômes. Le traitement le plus rationnel des teignes tondantes sera celui qui copiera la nature en provoquant artificiellement autour des follicules affectés de teigne tondante une réaction suppurative artificielle. On fera ainsi de toutes pièces, volontairement, une suppuration périfolliculaire expulsive du poil malade et la guérison s'obtiendra, par le même mécanisme, qui, dans les teignes tondantes animales suppurées, s'observe spontanément. Il s'agit donc d'un procédé d'inflammation substitutive analogue à tous ceux que d'instinct l'ancienne médecine avait créés, comme par exemple les applications de chlorure de zinc dans les tuberculoses, les applications de nitrate d'argent dans la blennorrhagie. Le meilleur des topiques est, l'expérience le prouve, l'*huile de croton*. Lorsqu'on passe cette huile en badigeonnage à la surface de la peau, elle crée de toutes pièces une miliaire pustuleuse d'abord amicrobienne et chimique, le lendemain les pustulations qu'elle a créées sur la peau vague sont taries et au contraire celles qu'elle a créées autour du follicule sont microbiennes, staphylococciques, se développent dans la cheminée folliculaire et provoqueront autour du follicule une folliculite expulsive dont l'évolution copiera exactement celle des sycosis parasitaires et des kérions dus aux trichophytons pyogènes. Ainsi une plaque de teigne, qui fût demeurée des mois et des années sans subir de régression spontanée, après la première application d'huile de croton perdra un tiers ou une moitié de ses cheveux teigneux. Des applications successives d'huile de croton reprendront une partie des follicules épargnés par les premières éliminations. La difficulté du traitement est de modérer le processus suppuratif éliminatoire de façon à ne pas faire, à la place du placard de teignes tondandes, une cicatrice dépilée et définitive. On y arrive, soit en diluant l'huile de croton à moitié ou au tiers, soit en modérant l'activité des folliculites suppurées une fois faites, par l'application d'émollients en temps utile.

Telle est le mécanisme du traitement des taignes tondantes tel qu'il est compris à l'école Laillier et appliqué journellement avec les meilleurs résultats

Digitized by Google

qu'on puisse obtenir encore dans la thérapeutique de cette affection, mais il faut bien comprendre et répéter que cette thérapeutique n'a pas dit son dernier mot, qu'elle est encore boiteuse et que ses résultats, même les meilleurs, sont encore médiocres.

Dans le traitement des teignes tondantes, l'épilation n'a pas le rôle décisif qu'elle a dans la thérapeutique du *favus* par exemple et cela pour une raison bien simple. Dans cette dernière affection le cheveu n'est pas cassant; avec la totalité du cheveu, on épile la presque totalité du parasite; conséquemment l'épilation à elle toute seule peut suffire à la guérison. L'épilation dans les teignes tondantes a cependant un triple rôle :

1° Elle enlève une bordure de cheveux sains autour des plaques constituées; elles ne permet pas ainsi leur agrandissement excentrique.

2° En même temps quand il s'agit d'un point teigneux, petit, comme elle a pour résultat de faire de toutes pièces un point glabre très visible; au cours du traitement, l'attention du médecin sera attirée vers ce point minime qu'il pourrait négliger.

3° Enfin l'épilation des plaques elles mêmes, quand elle est bien comprise et faite lentement, enlève les fragments de cheveux malades plus ou moins profonds. Cela permet une meilleure application et une action plus profonde de l'huile de croton mise après elle. Mais nous ne saurions trop le répéter, l'épilation des teignes tondantes, employée seule, serait absolument incapable de les enrayer et de les guérir, par exemple à la façon dont elle guérit sans faute le favus. — S. R.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

L'abrine contre les granulations. — L'abrine, principe actif du Jequirity, a été employé dans la thérapeutique ophtalmologique par de Wecker. MM. de Lapersonne et Painblanc (*Echo médical du Nord* 1900) pensent qu'on néglige trop ce médicament. Ils utilisent la formule suivante :

Farine de Jequirity.....	1 gramme
Eau.....	100 —
Chloroforme.....	V à X gouttes

Laisser macérer pendant 24 heures et filtrer. — Stériliser avec quelques gouttes de chloroforme.

En frottant une conjonctive saine avec ce mélange, il y a dès le lendemain sécrétion abondante, chémosis, et au second jour, apparition d'une fausse membrane. Les lésions sont caractérisées par de la desquamation épithéliale, de la congestion, de l'œdème, de l'hypertrophie des follicules lymphoïdes, une diapedèse de polynucléaires abondantes, des hémorragies interstitielles. Les fausses-membranes sont formées de fibrilles très ténues avec infiltration de leucocytes polynucléaires. L'abrine, en contact avec la conjonctive, exerce donc une chimiptaxie positive.

Pour modérer l'inflammation produite par l'abrine, M. de Lapersonne s'est servi de l'action locale du sérum anti-abrinique de M. Calmettes, et il observa expérimentalement une action très intense et énergique de ce sérum.

Il rappela alors ces expériences chez l'homme porteur de granulations du trachome.

L'instillation de quelques gouttes de sérum anti-abrinique de 6 à 24 heures après avoir frotté énergiquement la conjonctive granuleuse avec un tampon imbibé d'abrine empêche ou atténue dans de fortes proportions l'inflammation jéquiritique. Cette instillation n'a, au contraire, aucun effet après 48 heures. Malgré ces faits, M. de Lapersonne constate que l'emploi de ce sérum n'est pas toujours infaillible et qu'on ne peut guère songer à s'en servir en clinique.

Dans le traitement des granulations par le jéquirity, M. de Lapersonne conseille le *modus faciendi* suivant : Après cocaïnisation, frotter assez énergiquement la face interne de la paupière supérieure avec un tampon d'ouate imbibé de la solution ci-dessus mentionnée qui doit être renouvelée tous les 5 ou 6 jours. Les malades ne sont gênés que par le gonflement et la sécrétion. Faire ensuite 2 autres applications dans les 48 heures qui suivent, de façon à obtenir une fausse-membrane assez épaisse. On constate alors une disparition rapide du pannus cornéen, une cicatrisation sous forme de longues lignes blanches le long de la face interne du tarse. Les granulations sèches sont celles qui guérissent le mieux. Ces observations confirment celles antérieures de de Wecker et de M. Panas. — S. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des loupes par les injections interstitielles d'éther.— Ce procédé employé pour la première fois par Vidal, vulgarisé par Lermoyez, en 1883, était tombé dans l'oubli ; M. Sergent l'en a tiré récemment (*Pres. méd.* 1900) et il en vante la simplicité, la bénignité et l'efficacité.

Pour les premiers auteurs, ce procédé n'était, en somme, qu'un dérivé de la méthode des injections de solutions modificatrices caustiques ou non à l'intérieur des tumeurs, et, en particulier, des kystes; l'action dissolvante de l'éther n'était qu'accessoire,

Digitized by Google

tandis qne le véritable effet de la cure était la suppurationde la poche et de son contenu.

Sergent, au contraire, admet que c'est bien l'action dissolvante de l'éther et peut-être sa légère difusion entre les lames du sac qui agissent seules ; l'erreur des auteurs précédents s'explique par le fait que l'injection n'était pas pratiquée aseptiquement et que fatalement la suppuration survenait.

Toutes les loupes peuvent être traitées par les injections d'éther : le volume excessif ne paraît pas être une contre-indication. Le siège est également indifférent, mais ce procédé s'adresse surtout aux loupes qui siègent sur la face et le cuir chevelu.

L'ancienneté de la loupe a une importance plus grande au point de vue des indications ou des contre-indications. Les loupes très anciennes, qui sont très petites, ne dépassant pas le volume d'un haricot, sont constituées par un sac à parois très épaisses, entouré d'une gangue fibreuse très dure et ne contenant qu'une très minime quantité de matière sébacée. Il est évident que les injections d'éther ne seraient ici d'aucune utilité.

Les loupes de formation récente, alors qu'elles sont encore très petites, sont justiciables des mêmes considérations. Elles pourront, en effet, ne jamais grossir et subir la transformation fibreuse. Il n'y a donc pas lieu de se hâter pour intervenir.

En général, on attendra que la loupe atteigne le volume d'une petite cerise pour recourir aux injections d'éther, à moins qu'il n'existe une indication spéciale, fournie par le siège même de la tumeur, d'agir prématurément.

Enfin, il est absolument contre-indiqué de recourir à ce procédé pour les loupes qui ont déjà subi un commencement d'inflammation. Ces loupes constituent ou vont constituer des abcès, justiciables du bistouri.

Sergent conseille de procéder de la façon suivante :

L'éther employé doit être l'éther sulfurique officinal, parfaitement pur. La seringue doit être stérilisée avant l'injection ; l'aiguille, en platine, doit être flambée.

Avant de pratiquer l'injection, préparer aseptiquement la région. Pour faire la piqûre, on tend la surface de la poche en la comprimant à sa base avec deux doigts de la main gauche, puis, par un orifice glandulaire, on introduit l'aiguille ; on pousse lentement le piston en ayant soin, en même temps, d'imprimer à l'aiguille des mouvements de va-et-vient pour dissocier la matière sébacée et permettre à l'éther de fuser dans toutes les directions.

La quantité d'éther à injecter en une séance varie avec le volume de la loupe.

Sergent injecte dans la même séance une pleine seringue de Pravaz en opérant à doses fractionnées ; pour cela, après avoir injecté quelques gouttes, dès que le malade accuse un peu de gêne et que la poche se tend, retirer la seringue en laissant l'aiguille en place ; l'éther s'évapore en partie, la tension de la poche diminue et il devient possible de recommencer l'injection dans les mêmes conditions, et cela à plusieurs reprises consécutives, suivant les circonstances.

Après l'injection, laver au sublimé et appliquer une goutte de collodion sur l'orifice de la piqûre.

Le surlendemain, parfois même le lendemain, on recommence la même opération en ayant soin d'introduire l'aiguille exactement par le même orifice, car on favorise ainsi la rapidité d'apparition de l'eschare.

Le nombre des séances et l'intervalle qu'il convient de laisser entre elles, varient avec le volume de la loupe et aussi, vraisemblablement, avec son ancienneté. Quand la loupe est très grosse, quand les parois sont très épaisses et quand le contenu est très sec, très concret, il est très utile de faire une injection chaque jour et l'on peut être obligé d'en faire dix à douze avant de pouvoir procéder à l'extraction du sac. En général, quatre à cinq injections, faites tous les deux jours, seront suffisantes.

On est averti que l'extraction est possible par l'apparition de deux signes contemporains : d'une part, l'état pâteux, ramolli, presque fluctuant de la poche; d'autre part, la présence d'une petite eschare, d'une petite croûte brunâtre au niveau de la piqûre.

Cette eschare ne doit pas dépasser les dimensions d'une tête de grosse épingle. On la détache avec la pointe d'un stylet, puis, en comprimant la poche entre les doigts, on fait sourdre son contenu.

Tout le contenu de la poche peut, en général, être exprimé en bloc; cependant, si l'expression a été prématurée et s'il reste de la matière sébacée sèche, on se trouvera bien, pour éviter de malaxer trop fortement les tissus, de faire une nouvelle injection d'éther avant de continuer. Il sera même quelquefois nécessaire de fermer l'orifice, d'ailleurs très rétractile, avec un peu de collodion et de remettre la suite de l'extraction au lendemain.

Quand tout le contenu du kyste est évacué, il ne reste plus qu'à extraire le sac, c'est à dire la paroi propre du kyste. Or, cette extraction est de toute nécessité, car, tant que subsiste le sac, la loupe n'est pas guérie ; elle récidiverait à brève échéance.

Le sac a subi quelques modifications ; notamment, il n'adhère presque plus aux tissus sous-jacents, si bien qu'il peut être extrait dans la majorité des cas avec assez de facilité ; il suffit d'introduire un stylet par l'orifice de l'eschare et de l'insinuer entre les couches profondes de la peau et la paroi kystique

Digitized by Google

pour s'assurer que toutes les adhérences ont disparu, et, au besoin, pour achever de les dissocier. Après cette petite manœuvre que le patient ne perçoit même pas, on fait saillir les bords du sac à travers les lèvres de l'orifice de la peau, et on les saisit dans les mors de la pince ; puis on opère une traction lente et progressive, sans saccades, et on amène le sac en totalité.

S'il en reste quelques fragments inclus sous la peau, il suffit d'attendre un jour ou deux pour voir ces lambeaux se détacher sans difficulté.

Quand tout le sac a été extrait, la peau qui recouvrait le kyste, en raison de son élasticité, se rétracte peu à peu et, en quelques jours, il ne reste plus, au point où siégeait la loupe, qu'un petit nodule fibreux qui s'affaisse progressivement et finit par disparaître. L'orifice de l'eschare, en raison de ses dimensions très restreintes et de l'élasticité de la peau, s'oblitère complètement et aucune cicatrice ne subsiste.

Ce procédé est simple et radical ; le seul inconvénient qu'il puisse parfois présenter est une légère suppuration qui apparaît au moment de la chute de l'eschare si la loupe siège au cuir chevelu et si le patient vient à l'irriter pendant le cours du traitement. D'ailleurs, cet inconvénient n'a pas grande importance, car il hâte la disparition du kyste et n'expose à aucun accident si on prend soin d'appliquer un petit pansement.

D'après l'auteur, ce mode de traitement des loupes constitue le véritable procédé de choix pour les loupes de dimensions moyennes qui siègent sur les parties découvertes ; il n'est nullement douloureux, il n'est pas sanglant, il ne présente aucun danger, il est à la portée de tous et ne laisse pas de cicatrice. En effet, aucune partie de la peau n'est détruite, les follicules pileux sont respectés, il ne reste dans la barbe ou dans les cheveux aucune place blanche parce que le derme se rétracte et que les poils espacés sur la loupe par la distension des téguments reprennent leurs distances normales. — J. H. M.

Traitement chirurgical de la perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. — Cette complication grave de la fièvre typhoïde survient généralement vers le 3e septennaire ; on l'a vue cependant comme premier phénomène dans le typhus ambulatorius, on l'a observée pendant la convalescence ou lors d'une rechute. Plus fréquente chez les adultes elle est favorisée par la constipation, les purgatifs, les efforts et surtout les écarts de régime.

Habituellement unique, elle siège sur les 60 derniers centimètres de l'iléon ; on l'a trouvée dans les premières portions de l'intestin grêle, dans le gros intestin, dans l'appendice, le diverticule de Meckel.

Sa forme, ses dimensions sont variables ; punctiforme dans le cas d'ulcération progressive, elle est large et étendue dans le cas de gangrène en masse.

Elle engendre rarement la péritonite circonscrite, presque toujours il y a péritonite généralisée.

Le tableau clinique n'est pas toujours au complet ; on attachera une grande importance aux symptômes suivants : douleur, facies, pouls fréquent et dépressible, défense musculaire précoce, disparition de la matité hépatique. La coexistence de l'hémorrhagie et de la perforation imprime à la perforation une modalité clinique spéciale.

Le diagnostic est difficile et cependant il importe qu'il soit précoce, comme le montre Noël Mauger (Th. Paris 1900), si l'on veut qu'une intervention ait chance d'être efficace.

Lorsque la fièvre typhoïde n'a pas été diagnostiquée auparavant on fera le diagnostic de péritonite mais il sera très difficile d'en reconnaître l'origine et la nature.

Lorsqu'on sait le malade au cours d'une fièvre typhoïde, une analyse sérieuse des symptômes permettra d'éliminer l'appendicite, la cholecystite suppurée ou perforante ainsi que diverses affections pouvant faire commettre une erreur.

Le pronostic est fatal et il ne faut pas compter sur une guérison tout à fait improbable.

Aussi, en présence d'une complication aussi grave, le traitement médical étant impuissant il faut intervenir chirurgicalement. c'est la seule chance de salut pour le malade.

L'intervention est légitimée par l'unicité habituelle des lésions, la connaissance du siège approximatif de la perforation, ce qui permet de trouver facilement le point perforé, l'accolement précoce des tissus après suture, l'amélioration manifeste dans un grand nombre de cas en dehors des guérisons observées.

On interviendra le plus tôt possible, dès le diagnostic posé et pendant les préparatifs de l'opération il sera bon de faire au malade des injections de caféine, d'éther, de sérum.

La durée de l'opération a une importance considérable, elle sera le plus courte possible ; l'anesthésie sera très douce et particulièrement surveillée.

L'incision sera médiane ou latérale, souvent double pour trouver facilement la perforation et favoriser le drainage. Pour rechercher la perforation on partira du cœcum pour remonter l'intestin grêle.

La perforation sera suturée par des points séparés

Digitized by Google

après abrasion des parties périphériques si cela est nécessaire ; on enfouit ainsi les parties malades. Dans quelques cas on a fixé la perforation à la paroi, mais ce sera une exception de même que l'entérectomie.

La perforation une fois suturée, on devra explorer doucement les anses intestinales voisines pour s'assurer qu'il n'existe pas d'autres perforations.

On terminera par un grand lavage du péritoine à l'eau bouillie ou à l'eau salée et par un large drainage avec de gros tubes. La paroi abdominale ne sera refermée qu'en partie.

Les soins post-opératoires seront très minutieux, le malade sera attentivement surveillé ; les grandes injections de sérum (1 litre et même plus par jour) aideront à relever et à soutenir l'opéré. — J. H. M.

MÉDECINE INFANTILE

De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né. — C'est un accident qui n'est pas très fréquent mais qu'il importe néanmoins de bien connaître ; le Dr Ecoffet (*Thèse Paris* 1900) range les causes sous trois chefs :

a) Causes internes : occlusion par corps étrangers, par rétrécissement cicatriciel ou congénital. L'intestin peut être terminé en cul-de-sac ou plus ou moins oblitéré par un septum transversal.

b) Causes externes : diverticules intestinaux, nœuds diverticulaires, tumeurs abdominales, brides ou hernies internes.

c) Vices de position : invagination, torsion simple, volvulus, coudure.

Le diagnostic est parfois des plus difficile ; comme le remarque l'auteur, la nature méconiale des vomissements est d'autant moins accusée et d'autant moins précoce que l'obstacle siège plus bas. Le ballonnement du ventre médian indique que l'obstacle siège sur la fin de l'intestin grêle ; lorsque, au contraire, la partie terminale du colon est intéressée, le ballonnement occupe tout l'abdomen.

L'évolution est fatale si l'on n'intervient pas ; la mort survient du 5e au 7e jour suivant la forme.

Le traitement doit être chirurgical ; on s'abstiendra donc de purgatifs qui sont dangereux ; et l'on opérera le plus tôt possible si l'on veut être dans de bonnes conditions. Quelle sera l'intervention ? la laparotomie ou l'anus contre nature. L'auteur conseille la laparotomie médiane, c'est pour lui la seule indiquée à cause de l'incertitude du diagnostic du siège.

MÉDECINE

Syndrome appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques. — Il est de notion courante que le point de côté de la pneumonie et de la pleurésie est souvent abdominal chez les enfants. Chez l'adulte, au contraire, ce phénomène est rarement observé, et cette rareté peut conduire à de graves erreurs de diagnostic, puisque sur dix cas rapportés par Mirande (Th. Paris 1900), quatre fois l'opération fut pratiquée.

Le syndrome appendiculaire simulateur survient en effet, au début de l'évolution de l'affection thoracique ; et comme les signes généraux d'invasion sont à peu près les mêmes pour l'appendicite vraie et pour les pneumopathies aiguës (fièvre, frisson, vomissements, constipation), comme d'autre part les signes locaux pneumoniques ou pleurétiques ne sont nettement perceptibles que de deux à quatre jours après le début, il en résulte que pendant ce temps le tableau clinique est à peu près celui d'une appendicite.

Localement, en effet, on constate une douleur spontanée, paroxystique, localisée au côté droit de l'abdomen, parfois d'une façon précise dans la fosse iliaque droite, parfois péri-ombilicale ; cette douleur peut être assez intense pour empêcher les mouvements, et même pour déterminer la flexion des cuisses sur le bassin. Comme la douleur de l'appendicite vraie elle est exagérée par la presssion au point précis de Mac Burney ; comme elle, elle détermine une contracture de défense des muscles de la paroi.

Cependant, même dans les cas de pneumonie centrale, l'étude minutieuse de certains signes mettra sur la voie du diagnostic : tels sont l'hyperthermie à 40° dès le début, l'apparition précoce de la dyspnée et de la toux, l'aspect du visage.

Pratiquement, la connaissance de ces faits, si elle peut militer, comme le dit l'auteur, en faveur de la courte temporisation avant l'intervention dans le traitement chirurgical de l'appendicite, milite bien plutôt, selon nous, en faveur de l'examen attentif, absolument minutieux et complet, de tout malade atteint de symptômes appendiculaires ou pseudo-appendiculaires. — B. H.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la constipation par le chlorhydrate d'apocodéine. — Le chlorhydrate d'apocodéine est le plus souvent impur et contient de l'apomorphine, à laquelle il doit la propriété émétisante que lui avait reconnue Dujardin Beaumetz. Employé pur, comme l'ont fait MM. Raviart et Bertin

Digitized by Google

(*Echo méd. du Nord*, 1900) c'est un sédatif et un hypnotique qui, à dose moyenne, n'influe jamais sur l'organisme d'une façon nocive ; il possède sur le tube digestif une action toute particulière, qui consiste en l'augmentation de ses mouvements péristaltiques et en de l'hypersécrétion glandulaire. Cette action se fait sentir surtout chez les constipés habituels.

La solution préconisée par les auteurs est la suivante :

Chlorhydrate d'apocodéine....	0 gr. 50
Eau stérilisée.....	50 grammes

On injecte, une fois dans les vingt-quatre heures, deux centimètres cubes de cette solution, c'est à dire deux centigrammes de sel. L'injection doit être faite de préférence dans les masses musculaires, afin d'éviter l'irritation locale et la douleur parfois assez vives qui suivent l'injection hypodermique. Cette injection peut être renouvelée plusieurs jours de suite. — B. H.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance est levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. Chatin, ancien président *(15 janvier)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pneumothorax suffocant traité par la pleurotomie. — M. Galliard. Dans le traitement d'urgence du pneumothorax suffocant simple, c'est-à-dire sans infection pleurale, sans liquide fétide, la thoracentèse avec ou sans aspiration est l'opération de choix. La pleurotomie doit être réservée pour les cas de pneumo-pleurite infectieuse aiguë grave.

Voici cependant un fait de pneumothorax partiel suffocant, dans lequel M. Galliard a été amené à la pleurotomie, bien que l'infection de la plèvre ne fût pas encore réalisée.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, non tuberculeuse, récemment accouchée, chez laquelle un pneumothorax partiel, localisé à la région dorso-axillaire de la plèvre droite, apparut brusquement, selon toute vraisemblance, dans le cours d'une pneumonie. Dans l'aisselle on constatait du tympanisme, du souffle amphorique, mais pas le bruit de succussion.

Une ponction capillaire, pratiquée à la partie inférieure de la plèvre, ramena quelques gouttes de liquide seropurulent contenant des pneumocoques. L'expectoration, peu abondante, était purulente et fétide ; la suffocation était imminente. M. Galliard fit alors pratiquer la pleurotomie par M Blum ; cette intervention ne donna issue à aucun liquide, mais à des gaz fétides ; drainage et suture partielle de la plèvre. Après des alternatives diverses de fièvre et d'apyrexie, la malade guérit de cette opération. Mais 38 jours après la pleurotomie, elle conservait encore un pneumothorax simple, sans bruit de succussion. Depuis, elle a été perdue de vue.

Quoi qu'il en soit, le résultat de la pleurotomie a été excellent, puisqu'elle n'a pas seulement sauvé la malade de l'asphyxie imminente, mais qu'elle lui a permis de résister à l'infection qui menaçait son existence.

La radioscopie dans le diagnostic de la pneumonie chez l'enfant — M. Variot apporte une nouvelle série d'observations confirmant l'utilité de la radioscopie pour le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant. Lorsqu'un jeune sujet, atteint de cette affection, est examiné avec les rayons X, jamais on ne voit manquer la tache d'ombre radioscopique, nettement limitée et correspondant au foyer pneumonique.

Dès lors, il est évident que cette méthode d'examen rendra surtout service dans les cas de pneumonie centrale, alors qu'en dehors des symptômes fièvre et dyspnée, tous les signes cliniques d'hépatisation font défaut, ce qui d'ailleurs n'est pas rare chez l'enfant. *(11 janvier.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fracture du crâne, trépanation, guérison. — M. Poirier. Le pronostic des fractures du crâne, compliquées de méningo-encéphalite, est toujours fort grave, parce que ces infections évoluent en champ clos et inextensible, et deviennent fatalement mortelles. Mais si l'on change par l'ouverture large de la boîte crânienne les conditions de culture des microbes, l'on peut modifier la marche et le pronostic des infections méningiennes.

M. Poirier rapporte un exemple remarquable de fracture de l'étage antérieure de la base du crâne, avec méningo-encéphalite consécutive à une infection par les fosses nasales, dans lequel il fit faire une double trépanation au-dessus des conduits auditifs externes. La dure-mère, très tendue, fut incisée et cette incision donna issue à une notable quantité d'un liquide rougeâtre, légèrement poisseux. Deux drains furent placés de chaque côté, l'un sous le lobe sphénoïdal, l'autre sous le lobe temporal. A la suite de cette opération, les symptômes de méningite se dissipèrent, et le blessé est aujourd'hui entièrement guéri.

M. Tuffier. La radiographie ne suffit pas à elle seule pour fixer la localisation exacte d'un projectile logé dans l'épaisseur du crâne ou dans le cerveau. Elle doit être complétée avec l'appareil de Contremoulin qui, avec une très grande précision, indique la situation du projectile et permet au chirurgien d'agir pour ainsi dire à coup sûr.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Rochard, à propos de trois observations de M. Auvray de plaies pénétrantes de l'abdomen, l'une par balle de revolver, les deux autres par coup de couteau, fait remarquer qu'il peut être dangereux dans une plaie pénétrante par coup de couteau de dévider tout l'intestin, surtout quand on a déjà constaté

Digitized by Google

une plaie sur celui-ci, parce que cette plaie est généralement unique, située près du siège de la blessure de la paroi, et parce qu'on risque d'infecter le péritoine par des manipulations étendues. On peut donc dans ce cas se borner à un examen limité de la région voisine de la blessure.

Il n'en est plus de même des plaies pénétrantes par coup de feu ; celles-ci peuvent déterminer des perforations multiples de l'intestin. Il faut donc le dévider tout entier. *(16 janvier).*

CORRESPONDANCE

Les applications prolongées de compresses d'éther dans la hernie étranglée

A Monsieur le docteur Ch. Fressinger,
membre correspondant de l'Académie de médecine.

Très honoré Confrère,

J'ai lu avec le plus grand intérêt les communications qui ont été faites à l'Académie de médecine et les observations que vous avez publiées sur le traitement de la hernie étranglée par l'éther, en applications prolongées. Permettez-moi de vous apporter aussi mon petit contingent d'observations de malades atteints de hernie étranglée et qui ont, grâce à l'éther, vu cesser leur étranglement. Ces observations sont au nombre de deux.

1° Le 18 novembre 1900 je suis appelé, à dix heures et demie du soir, pour un graveur sur bois, âgé de 62 ans, demeurant à Wattwiller, distant de Cernay d'environ quatre kilomètres. Cet homme était allé, dans la journée, à Guebwiller et avait fait huit kilomètres à pied, par la pluie. En sortant de Guebwiller pour rentrer chez lui, il est pris de violents éternûments et il sent que sa hernie, qui n'était pas maintenue par un bandage, était sortie et lui occasionnait de violentes douleurs. C'est à grand'peine qu'il put rentrer chez lui. Il essaya le taxis, mais ce fut en vain. Il me fit alors appeler. J'arrivai chez lui après 11 heures du soir. Je le trouvai couché, gémissant et souffrant beaucoup.

Après l'avoir découvert, j'aperçus une hernie inguinale gauche, du volume de deux poings, que je cherchai à réduire. Il y avait environ quatre ou cinq heures que cette hernie était sortie. Je pratiquai le taxis pendant environ 20 minutes et je parvins à la faire rentrer à moitié ; mais après cela tous mes efforts furent inutiles. Je dis alors au patient d'essayer de lui-même à presser sur sa hernie. (Il est curieux, en effet, de voir comment les hernieux ont une manière de pratiquer sur eux le taxis et cela leur réussit le plus souvent. Le médecin ne pourrait pas employer le même mode opératoire, car il serait gêné dans sa manœuvre.) Ses efforts furent impuissants. Ne voulant pas fatiguer davantage les parties malades, je dis qu'il fallait faire des applications d'éther, annonçant que la hernie rentrerait très facilement. J'expliquai de quelle façon la chose devait être faite, appliquer sur la hernie une mince feuille de ouate, qu'il faudra tenir continuellement imbibée d'éther. Je repartis alors pour Cernay, accompagné du fils du malade, qui devait chercher les médicaments à la pharmacie. J'avais promis de revenir de grand matin revoir mon patient. La première application d'éther dut être faite après deux heures du matin, soit 7 heures après la production de l'étranglement.

Le 19 novembre, après avoir fait ma visite à l'hôpital, je m'entretenais avec la sœur qui soigne les malades, et je lui parlais du cas pour lequel j'avais été appelé la nuit et du remède que j'avais employé. Au même moment on introduit le fils du patient qui vient me demander de prescrire de nouveau de l'éther. (Le malade fait partie d'une caisse de secours.) Je lui demande comment va son père. Il me répond qu'il va tout à fait bien et que la hernie est rentrée. Je lui fais répéter deux fois la même chose pour en être bien sûr, chaque fois il me parle affirmativement. Je lui dis alors qu'il n'a plus besoin d'éther ; cependant je lui en prescris encore quelques grammes par précaution, en même temps je lui dis que je vais aller voir le malade.

En arrivant à Wattwiller je trouve mon patient tout heureux que sa hernie soit rentrée. Cela s'était fait vers 5 heures. Il avait fallu 100 grammes d'éther. Outre les applications on avait aussi fait du taxis, c'était le patient qui l'avait pratiqué lui-même. Il avait donc fallu environ 2 heures et demie pour cette réduction.

Une potion calmante, des frictions d'huile chloroformée et des cataplasmes firent disparaître des douleurs abdominales qui étaient ressenties depuis la réduction spontanée.

Pour achever mon observation, je dirai que cet homme est atteint de sa hernie depuis fort longtemps ; il ne se souvient plus à quelle époque elle est apparue ; cela date de son enfance. Au début, elle ne fut jamais contenue ; puis à la fin il appliqua des bandages plus ou moins défectueux qui ne servaient à rien. Depuis ce dernier accident il est allé à Mulhouse se choisir un bon bandage qui soutient bien sa hernie. Celle-ci n'est plus ressortie depuis.

2° Cette seconde observation est celle d'une vieille femme de 70 ans, atteinte, elle aussi, d'une hernie inguinale gauche, datant de très longtemps. Il y a deux ans, j'avais déjà réduit cette hernie à l'hôpital, où cette femme avait été transportée, et l'année dernière elle m'avait fait appeler chez elle, à Uffholtz, village situé à un kilomètre de Cernay, pour faire rentrer cette hernie qui était de nouveau étranglée. Il faut dire qu'à tout instant, cette hernie, qui n'était jamais maintenue, pouvait être facilement rentrée par la malade, qui se faisait assister par sa fille pour cette opération.

Au mois de février dernier, je suis appelé, en toute hâte, la nuit, auprès de cette femme, de nouveau pour lui réduire cette malheureuse hernie. La tumeur était énorme. Pour vous donner une idée de sa dimension, je vous dirai que j'essayai de pratiquer, d'abord tout seul, le taxis ; mais je ne pus y parvenir. Je dus me faire aider de la fille et d'une voisine qui vint aussi appliquer une de ses mains sur la tumeur pour la comprimer, eh bien ! nos cinq mains réunies ne parvenaient pas à l'embrasser. Malgré tous nos efforts nous n'arrivâmes à rien. Les intestins ne bougeaient pas. Je fis alors faire des applications d'éther sur cette hernie, en laissant la direction du traitement à la fille, qui était devenue très habile, ayant aidé bien des fois la mère à opérer le taxis. Je me retirai en annonçant ma visite pour le lendemain, de grand matin.

Les choses furent faites comme je l'avais prescrit ; le taxis fut pratiqué modérément en même temps que l'on appliquait des compresses imbibées d'éther.

Quand je revins, la fille me dit que la tumeur était rentrée au bout de deux heures environ et complètement. Sa mère ayant manifesté le désir de se reposer, elle l'avait quittée pour la laisser dormir. Je m'approchai de la malade qui était couchée sur le côté gauche. Je cherchai à la réveiller, mais elle ne fit

Digitized by Google

aucun mouvement ; elle était morte. — Il est plus que probable, qu'après la réduction de sa hernie, elle aura été prise d'une syncope mortelle. Quoi qu'il en soit, elle est morte *guérie de son étranglement herniaire !*

Voilà, très honoré confrère, les deux observations que je vous adresse, sur les applications de l'éther dans l'étranglement herniaire. Elles sont toutes à l'avantage de ce médicament, malgré la malheureuse issue de mon second cas. Je me propose bien de l'employer chaque fois qu'il y aura des herniaux où le taxis ne réussira pas, et j'espère que l'on pourra faire échapper à l'opération sanglante bon nombre de ces intéressants malades.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr A. George,
médecin de l'hôpital de Cernay (Alsace).

BIBLIOGRAPHIE

A. Druault. — **Recherches sur la pathogénie de l'amaurose quinique.** (*Thèse de Paris*, 1900).

On sait que l'ingestion brusque de fortes doses de quinine (3 à 12 grammes) est arrivée souvent à provoquer chez l'homme une amblyopie quelquefois extrême, souvent très durable, et s'accompagnant d'une décoloration intense du nerf optique et de rétrécissement des vaisseaux rétino-optiques. Ces faits, bien connus au point de vue clinique, n'étaient pas suffisamment élucidés par les expériences de Baldwin, Barabaschew, de Bono et d'autres, pratiquées surtout chez des chiens. Dans son remarquable travail, Druault a repris des expériences complétées par un examen histologique très précis et en servant des dernières méthodes si précieuses pour l'examen de la rétine et des cellules nerveuses en général. La cécité a été amenée chez le chien par des injections de chlorhydrosulfate de quinine, lorsqu'on arrivait à 16 à 20 centigrammes du sel par kilogramme. L'examen histologique a prouvé que les troubles visuels sont dus à une dégénérescence du nerf optique et des cellules de la couche ganglionnaire de la rétine. La lésion primitive est celle de la cellule et est déjà considérable dix heures après l'injection. Il est certain que la quinine a une action toxique directe sur les cellules ganglionnaires. La dégénérescence ne dépend donc pas seulement de la vaso-constriction.

Pour une foule d'autres points dont l'analyse ne saurait trouver place ici, nous renvoyons à cette étude qui apporte des faits précis, nouveaux et bien observés dans cette question à l'ordre du jour. — T.

Manuel de thérapeutique, par le Dr F. Berlioz, professeur à la Faculté de médecine de Grenoble, directeur du Bureau d'hygiène et de l'Institut sérothérapique. — Préface de M. le professeur Bouchard. Quatrième édition. (Masson et Cie, éditeurs.)

La 4e édition du « Manuel de thérapeutique » de M. le Dr Fernand Berlioz diffère sensiblement des précédentes. Ainsi que le dit l'auteur dans son avertissement : « chaque jour voit éclore un médicament nouveau » et chacun de ces médicaments a été l'objet d'une étude spéciale. Nous citerons particulièrement les *antiseptiques*, les *antipyrétiques*, les *anesthésiques*, généraux et locaux. La *sérothérapie* et *l'opothérapie* font l'objet d'une étude approfondie et complète, l'auteur ayant en ces matières une compétence spéciale, puisqu'il dirige un Institut sérothérapique.

Tous les chapitres ont été revus et mis au courant des dernières découvertes : en un mot, le livre est bien le manuel le plus complet qui existe de la thérapeutique actuelle.

Stations hydrominérales climatériques et maritimes de la France, ouvrage rédigé par la Société d'hydrologie médicale de Paris à l'occasion du XIIIe Congrès international de médecine. (Masson et Cie, éditeurs.)

Destiné à vulgariser la connaissance des stations hydrominérales et climatériques de la France, ce volume présente un caractère essentiellement pratique. Il ne pouvait être question d'y faire figurer les 1291 sources relevées par la statistique ministérielle : il a fallu se réduire aux stations fréquentées, offrant, avec une notoriété scientifique établie, des ressources suffisantes aux malades qu'on y peut adresser. Les différentes études qui composent ce volume fournissent donc au médecin tous les renseignements *utiles* : elles ont été rédigées avec le plus grand soin par les auteurs les plus compétents et leur ensemble constitue l'ouvrage à la fois le plus simple et le mieux documenté qui ait été publié depuis quelques années sur les eaux minérales françaises. Enfin de nombreuses figures complètent les différentes monographies et une carte hors texte accompagne le volume.

Ambroise Paré, sa vie, son œuvre (1509-1590), par le Dr Maxence Broussais. — Thèse, Paris 1900.

Ceux qui voudront s'instruire aux leçons du passé pourront dans leurs loisirs lire cette biographie. Ils y verront le fils de coffretier d'un petit bourg près de Laval faire ses premières études sous de bien modestes maîtres, puis devenir apprenti barbier, plus occupé à raser la barbe, qu'à agir en chirurgien.

Un chapitre les initiera à ce qu'était la science de la fameuse confrérie de Saint-Côme

Nommé à l'Hôtel-Dieu, comme interne, où il acquiert son savoir à force travail, Paré prend ensuite boutique de chirurgien-barbier ; puis vient pour lui l'occasion de se distinguer à l'armée.

Il répudie la pratique cruelle de la cautérisation des plaies par l'huile bouillante, enseigne celle de la ligature des vaisseaux et presque celle de l'antisepsie.

C'est une grande figure que notre confrère fait revivre et au contact de laquelle on ne peut que gagner. — H. G.

Traité d'analyse clinique qualitative, par le Dr Biais (Limoges). Soc. d'Edit. scientif., 1900.

Destiné aux candidats au P. C. N. et aux étudiants en pharmacie, ce petit volume présente en peu de pages des renseignements et des documents précieux au point de vue chimique. Il renferme peu de notions sur la chimie organique proprement dite.

On y trouve des tableaux de réactifs, la composition des principaux réactifs employés dans les analyses qualitatives.

C'est un bon guide à avoir toujours sous la main pour les matières qu'il traite. — H. G.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans les hémorrhagies puerpérales

Par Ch. Maygrier, *Accoucheur de la Charité*

Ce travail a pour but de faire connaître les résultats que m'a donnés la pratique des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de l'anémie suraiguë consécutive aux hémorrhagies puerpérales, depuis l'année 1896. J'ai relaté à cette époque, à la Société obstétricale de France, l'histoire d'une femme devenue exsangue à la suite d'hémorrhagies répétées par placenta prævia, et chez laquelle l'injection dans les veines de six litres de sérum en trois séances a amené une véritable résurrection.

J'ai eu l'occasion d'appliquer ce traitement chez 15 femmes que des hémorrhagies graves avaient mises dans un état voisin de la mort. Comme il s'agit là de faits rares et d'une médication exceptionnelle, j'ai pensé qu'il pouvait être utile d'en donner la relation et d'en tirer les conclusions qu'ils comportent.

Les hémorrhagies ont été causées dans 7 cas par une insertion viscieuse du placenta, dans deux cas par un avortement, dans 2 cas par un décollement prématuré du placenta normalement inséré; 4 fois enfin elles étaient liées à la délivrance.

Sur ces 15 femmes, 8 ont succombé, 7 ont guéri; ce résultat confirme ma conclusion de 1896 que la moitié environ des femmes est sauvée par les injections intra veineuses.

Voici le résumé de mes 15 observations, dont 6 ont été déjà publiées dans la thèse du Dr Amillet et dont les 9 autres sont inédites.

Obs. I (*Maternité de Lariboisière*, 1896). — Femme P..., 24 ans, tertipare. — Insertion vicieuse partielle du placenta; hémorrhagies répétées. — Anémie aiguë. — Injection sous-cutanée de 350 grammes de sérum. — Présentation de l'épaule; version podalique sans extraction. — Etat syncopal, mort imminente. — Première injection intra-veineuse de deux litres de sérum : retour à la vie. — Expulsion spontanée d'un fœtus mort-né et délivrance naturelle. — Nouvel état syncopal; deuxième et troisième injections intra-veineuses de deux litres chacune, à quelques heures d'intervalle. — Au total, introduction dans l'organisme de 350 grammes de sérum d'abord par la voie sous-cutanée, puis de 6 litres de sérum dans les veines, dans une seule journée. — Guérison. (Cette observation a fait l'objet d'un mémoire lu à la Société Obstétricale de France le 11 avril 1896). (*Annales de la Société obstétricale de France*, 1896, p. 12, et *L'obstétrique*, 15 juillet 1896, p. 289).

Obs. II (*Maternité de Lariboisière*, 1896). — Femme T..., 44 ans, multipare. — Avortement de 6 mois environ : fœtus mort et macéré. — Hémorrhagies abondantes. — Délivrance artificielle. — Anémie grave, collapsus. — Injection intra-veineuse *d'emblée* de 750 grammes de sérum. — Guérison. (Observation publiée dans la thèse du Dr Amillet, p. 70.)

Obs. III (*Maternité de Lariboisière*, 1896). — Femme V..., 33 ans, secondipare. — Placenta prævia : hémorrhagies graves, état syncopal. — Tamponnement vaginal. — Injection intra-veineuse *d'emblée* de 1.000 grammes de sérum, puis de 500 grammes sous la peau. — Nouvelles syncopes : deuxième injection intra-veineuse de 1.000 grammes de sérum, puis de 250 grammes sous la peau. En tout, 2 litres dans les veines, et 750 grammes par la voie sous-cutanée. — Dilatation manuelle du col, application de forceps dans l'excavation, extraction d'un enfant mort-né. — Guérison. (Observation publiée dans la thèse du Dr Amillet, p. 48).

Obs. IV (*Maternité de Lariboisière*, 1896). — Femme Sc..., 35 ans, multipare. — Présentation de l'épaule négligée. — Déchirure du col et du segment inférieur. Hémorrhagie persistante; anémie profonde. — Injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum. — Version 3 jours après la rupture de la poche des eaux, extraction d'un enfant vivant. — Nouvelle hémorrhagie post partum. — Injection intra-veineuse de sérum faite *in extremis*. — Mort pendant l'injection. (Observation publiée dans la thèse du Dr Amillet, p. 64.)

Obs. V (*Maternité de Lariboisière*, 1897). — Femme S..., 40 ans, secondipare. — Placenta prævia, hémorrhagies abondantes. — Utérus fortement rétracté par administration d'ergot de seigle. — Présentation de l'épaule : version très pénible, extraction d'un enfant mort. — Délivrance artificielle pour adhérence totale du placenta. — Injections sous-cutanées de sérum artificiel (650 grammes en deux fois. — Collapsus. — Injection intra-veineuse de 1.200 grammes de sérum. Mort une heure et demie après l'accouchement. (Observation publiée dans la thèse du Dr Amillet, p. 54.)

Obs. VI (*Maternité de Lariboisière*, 1897). — Femme D..., 26 ans, secondipare. — Grossesse de sept mois; placenta prævia, hémorrhagies. — Présentation de l'épaule; tétanisme utérin. Dilatation du col avec le ballon de Champetier de Ribes. Anesthésie avec l'éther. Version podalique, forceps sur la tête dernière, extraction d'un enfant mort. — Injection sous-cutanée de 150 grammes de sérum, puis intra-veineuse de 1.200 grammes *avant l'intervention*. — Hémorrhagie de la délivrance. — Injection sous-cutanée de 400 grammes de sérum. En tout, introduction de 550 grammes sous la peau et de 1.200 grammes dans les veines. — Guérison. (Observation publiée dans la thèse du Dr Amillet, p. 57.)

Obs. VII (*Inédite et résumée. Maternité de Lariboisière*, 1897). — Femme F..., 35 ans, primipare. Entre à l'hôpital le 18 septembre 1897, à 6 h. 1/2 du soir, enceinte de 8 mois, ayant des douleurs depuis 2 jours. L'état général est peu satisfaisant : fatigue extrême, pâleur des téguments, léger œdème des membres inférieurs, albuminurie intense. Le ventre est dur, l'utérus tétanisé, le palper est à peu près impossible. Au toucher, col fermé, résistant, à peine effacé; l'orifice externe est punctiforme, le segment inférieur est tendu. L'auscultation est négative.

A 9 h. 1/2 du soir survient une hémorrhagie très abondante qui plonge immédiatement la femme dans un état d'anémie grave.

(1) Amillet. *Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorrhagies puerpérales par les injections d'eau salée*. Thèse Paris, 1897.

Digitized by Google

Le col est toujours fermé, malgré d'incessantes contractions utérines, très douloureuses. On pratique le tamponnement vaginal. A 10 heures, l'état devient subitement très alarmant. La pâleur augmente; le pouls est filiforme, à peine perceptible, la mort semble prochaine. Immédiatement, indépendamment du traitement habituel (injections sous-cutanées de caféine et d'éther, inhalations d'oxygène, chaleur, etc.), on pratique *d'emblée* une injection intra-veineuse de 1.500 grammes de sérum. Pendant l'injection, la femme qui était presque dans le coma revient à elle; son pouls remonte; elle prononce quelques mots. Vers 11 heures 1/2, le pouls faiblit de nouveau, et on injecte sous la peau 1.000 grammes de sérum. Le tampon s'étant un peu imbibé, on le retire à 1 heure du matin. Le col est tout à fait effacé, mais l'orifice interne est toujours fermé. Reconnaissant une agglutination, je presse sur le petit pertuis qui correspond à l'orifice externe avec l'extrémité de l'index, et par des mouvements de vrille je parviens à y pénétrer en détruisant de petites adhérences. La dilatation est très rapidement de 2 centimètres. A ce moment, la femme retombe dans un état demi-syncopal; elle est froide et glacée, son pouls disparaît. Une seconde injection intra-veineuse de 1.500 grammes la ranime comme précédemment. La dilatation progresse, les membranes bombent, et j'atteins une petite tête au détroit supérieur. On place alors l'écarteur Tarnier. Quelques heures plus tard, le col est souple et dilatable. On soumet la parturiente à l'éthérisation qui est très bien supportée. Basiotripsie sur le fœtus mort. Délivrance naturelle; le placenta qui s'était décollé prématurément est atrophié et parsemé de foyers hémorrhagiques anciens et récents. Après la délivrance, hémorrhagie interne; de gros caillots sont expulsés. L'état général redevient mauvais; le pouls faiblit et disparaît. On refait une troisième injection intra-veineuse de 1.500 grammes. Même retour à la vie; mais, cette fois, le bien-être se maintient. L'utérus reste bien rétracté. La connaissance est parfaite; le pouls est plein, bondissant. — La femme est définitivement sauvée. Les suites de couches ont été bonnes. — Il y a eu en tout trois injections intra-veineuses de 1.500 grammes, la première faite *d'emblée*, et une injection sous-cutanée de 1.000 grammes.

Obs. VIII *(Inédite et résumée. Maternité de Lariboisière, 1898).* — Femme R..., 39 ans, secondipare. — Entre le 10 janvier 1898. — Première grossesse en 1896; accouchement terminé par une application de forceps. Actuellement elle est enceinte de huit mois. Depuis 15 jours, elle a plusieurs pertes légères, et elle en a une nouvelle le soir même de son entrée.

Le fœtus est très mobile; la tête ballotte dans le flanc gauche. Les battements du cœur sont normaux. Au toucher, aucun engagement. Dans la journée du 11 janvier, deux hémorrhagies nouvelles. La répétition des pertes met la femme dans un état d'anémie assez prononcé. Le sang continuant à suinter, on fait le tamponnement vaginal. Puis on injecte 1000 grammes de sérum sous la peau. L'état devient plus satisfaisant. Mais les bruits du cœur fœtal ont disparu. Un peu plus tard, le tampon commençant à s'imbiber et le pouls faiblissant; on fait une deuxième injection sous-cutanée de 1,500 grammes de sérum. On enlève le tampon; le col n'est pas complètement effacé, ni perméable; à travers l'orifice externe on atteint des caillots. L'hémorrhagie persistant, on fait immédiatement un nouveau tamponnement. La femme se remonte progressivement; le pouls plus ample est à 100. Il y a des contractions utérines légères et espacées. Cinq heures après, on retire le tampon. Le col est effacé, souple, dilaté de trois centimètres 1/2. En y introduisant le doigt on trouve le placenta inséré sur l'orifice cervical. On fait alors facilement la dilatation manuelle du col, on décolle le placenta et on saisit les pieds qu'on amène dans le vagin. Le placenta décollé et découronné est entraîné à la vulve. Le cordon ne bat pas, il est sectionné. L'extraction s'achève facilement. Derrière le fœtus s'échappent des caillots; la main introduite dans l'utérus ramène les membranes. A partir de ce moment la femme ne perd plus; pendant ces manœuvres qui ont duré 35 minutes elle a été soutenue par des injections de caféine, d'éther, des inhalations d'oxygène, de l'alcool. Malgré cela, le pouls a faibli progressivement et finalement a complètement disparu.

On fait alors la compression des membres inférieurs avec des bandes d'Esmarck et on pratique dans la veine médiane céphalique une injection de sérum de 1,800 grammes. Le pouls remonte aussitôt. La femme se réchauffe et reprend connaissance. L'utérus se contracte assez bien. Mais bientôt, il se relâche, et le sang reparaît. Nouvelle perte de connaissance, et décoloration des tissus. On refait une injection sous-cutanée de sérum de 1,500 grammes. Nouvel écoulement de sang; nouvelle syncope et affaiblissement du pouls. On recommence la ligature des quatre membres et on pratique une seconde injection intra-veineuse de 1,500 grammes. Le pouls reparaît, mais intermittent, et la femme est très agitée. L'utérus, inerte à tout instant, est constamment massé. Bientôt il devient introuvable et un nouvel écoulement sanguin se produit. La femme perd tout sentiment et succombe malgré les soins ininterrompus qui lui ont été prodigués. Il y a eu en résumé 4,000 grammes de sérum injectés sous la peau et 3,300 grammes dans les veines.

Obs. IX. *(Inédite et résumée. Maternité de la Charité. 1898).* — Femme P..., 25 ans, primipare, entre dans le service d'accouchement de la Charité le 4 avril 1898. Examen : début de travail; la grossesse est à terme. Le col est perméable, les membranes sont rompues, et il y a perte de méconium. Le sommet se présente en O. I. G. P. et l'enfant est vivant. On place l'écarteur Tarnier; le travail s'achève le 5 avril à 8 heures du matin, la femme accouche spontanément d'une fille vivante pesant 3,140 grammes. Après la sortie du fœtus, le placenta ne se décollant pas et la femme ayant une hémorrhagie, on fait la délivrance artificielle, puis une injection intra-utérine chaude à 48°. Une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum est alors faite. La femme semble se remonter, cependant l'utérus se ramollit et sans hémorrhagie grave, il y a modification du pouls et pâleur des téguments; on fait des injections d'éther et de caféine et à deux reprises on injecte sous la peau 800 grammes de sérum, en deux fois. Malgré l'énergie du traitement la femme s'affaiblit de plus en plus et le pouls disparaît, on fait *in extremis* une injection intra-veineuse de 800 grammes de sérum; mais la femme meurt pendant cette injection, il est 9 h. 30 du soir.

En résumé, il a été fait trois injections sous-cutanées de sérum (1,300 grammes) et une injection intra-veineuse de 800 grammes.

Obs. X. *(Inédite et resumée. Maternité de la Charité, 1898).* — Femme B..., 30 ans, secondipare, enceinte de sept mois, entre à la Charité le 1er juin 1898, perdant du sang. Elle a eu déjà deux pertes depuis le second mois de sa grossesse. L'hémorrhagie actuelle est abondante et s'accompagne de caillots. La femme est pâle, froide, presque exsangue; le pouls est filiforme, la tempéra-

Digitized by Google

ture est de 35°5. Le col est effacé, dilaté de 3 cm 1/2 et on arrive sur le placenta. On fait successivement deux injections sous-cutanées de sérum de 400 grammes, puis de 200 grammes et en même temps une injection intra-veineuse de 400 grammes. La femme se ranime un peu ; mais le mieux n'est que momentané. Les forces déclinent de nouveau, et on injecte sous la peau 250 grammes de sérum, puis un peu plus tard 500 grammes. Dilatation manuelle du col et version ; extraction d'un enfant mort. Délivrance artificielle. La femme n'a plus d'hémorrhagie ; mais son état est des plus graves : dyspnée, syncope, refroidissement, absence de pouls et elle ne tarde pas à succomber. — Dans ce cas, la quantité de sérum injecté a été de 400 grammes seulement par la voie veineuse et de 1,350 grammes sous la peau.

Obs. XI. *(Inédite et résumée. Maternité de la Charité, 1898).* — Femme S..., 24 ans, primipare, à terme, entre à la Charité le 10 septembre 1898. — Rupture prématurée des membranes en ville 4 heures avant l'accouchement, dilatation d'une paume de main, sommet engagé en G. A. enfant vivant. — Une heure après son entrée, accouchement spontané, délivrance naturelle et complète. — Aussitôt après la sortie du délivre un jet de sang noir sort du vagin, inertie utérine. Immédiatement compression de l'aorte, introduction de la main dans l'utérus qui ramène 1,000 grammes de caillots.

L'hémorrhagie cesse, mais la femme est dans une anémie profonde, elle est pâle, son pouls est rapide, sa respiration accélérée. Elle a un frisson intense et la température monte à 39°. On la réchauffe, on lui administre des boissons alcoolisées. Mais l'utérus se ramollit de nouveau et elle reperd assez abondamment ; elle se décolore davantage, les lèvres et les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls est petit, fréquent, irrégulier. L'écoulement sanguin continue et il y a perte de connaissance. On refait la compression de l'aorte puis une injection sous-cutanée de 1,800 grammes. L'hémorrhagie s'arrête enfin, mais l'état général reste très inquiétant ; on fait alors une injection intra-veineuse de sérum de 1,000 grammes. — A partir de ce moment, amélioration progressive, la malade reprend connaissance. Elle parle ; la respiration est régulière ; le pouls reste fréquent et irrégulier, mais la température est tombée.

Le 18 septembre, cette femme, dont l'état général est de plus en plus satisfaisant, sort de l'hôpital sur sa demande formelle. — Elle a absorbé 1,800 grammes de sérum sous-cutané et 1,000 grammes de sérum intra-veineux.

Obs. XII. *(Inédite et résumée. Maternité de la Charité, 1899).* — Femme S..., 40 ans, multipare, entre à la Charité le 12 mars 1899 à terme et en travail. Dilatation de 2 centimètres, membranes rompues en ville, sommet élevé, enfant vivant. Bassin vicié : diamètre promonto-sous-pubien 10 cm 8. Urines peu abondantes et albumineuses. — Pendant le travail l'enfant meurt Basiotripsie, puis délivrance artificielle pour adhérences du placenta. La femme perd peu, mais d'une façon continue ; l'état général est mauvais ; pouls petit, irrégulier. On fait une injection sous-cutanée de sérum de 1,000 grammes. Malgré un traitement énergique, l'écoulement persiste et l'on pratique une seconde injection de sérum sous-cutané de 1,200 grammes. L'état général restant très alarmant, injection intra-veineuse de 1,100 grammes, mais sans succès. Le pouls disparaît, la femme perd connaissance et succombe. Dans ce cas, il a été fait en injections sous-cutanées 2,200 grammes de sérum et en injection intra-veineuse 1,100 grammes.

Obs. XIII. *(Inédite et résumée. Maternité de la Charité, 1899).* — Femme C..., 39 ans, multipare, à terme, entre à la Charité le 17 novembre 1899. Etat général mauvais, facies pâle, respiration difficile, hémorrhagie des gencives, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, pouls 128, température 36°6. Dit avoir été réveillée à 5 heures du matin par une violente douleur dans le ventre, du côté droit. Utérus normalement développé, tendu, douloureux. Auscultation nulle. Les urines peu abondantes contiennent 9 grammes d'albumine. Légère perte de sang noirâtre. Après avoir remonté la femme, dilatation manuelle et application de forceps, pendant laquelle il se produit une syncope. Derrière le fœtus mort-né, il sort 400 grammes de caillots noirs ; puis l'hémorrhagie continue malgré le traitement habituel institué. On fait injection sous-cutanée de sérum de 1,000 grammes qui n'amène une aucune amélioration. La malade pâlit de plus en plus, le pouls disparaît ; ligature des membres et position déclive. La femme a des syncopes successives ; on lui injecte encore 500 grammes de sérum sous-cutané ; on pratique enfin une injection intra-veineuse de 1,200 grammes, après laquelle elle semble se remonter ; mais le pouls disparaît de nouveau, et elle succombe. Il a été injecté : sous la peau, 1,500 grammes de sérum, et par la voie veineuse 1,200 grammes.

Obs. XIV. *(Inédite et résumée. Maternité de la Charité. 1900).* — Femme L..., 29 ans, multipare, entre à la Charité le 29 avril 1900. Accouchement prématuré provoqué pour bassin vicié. Dilatation manuelle, procidence du cordon. Version, extraction d'une fille vivante de 2080 gr. Aussitôt après la sortie du fœtus la femme expulse 500 grammes de caillots ; elle pâlit, le pouls est petit et malgré la délivrance artificielle faite immédiatement, l'hémorrhagie continue. On fait une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. Mais l'hémorrhagie persiste sous forme de suintement et résiste à tout traitement. Malgré une nouvelle injection sous-cutanée de sérum de 800 grammes, l'état général devient très grave et nécessite une injection intra-veineuse de sérum de 1,200 grammes qui est faite *in extremis*. La femme meurt sans avoir repris connaissance. — Il a été administré : 1,300 grammes de sérum sous-cutané et 1,200 grammes de sérum intra-veineux.

Obs. XV. *(Inédite et résumée. Maternité de la Charité, 1900).* — Femme B..., 40 ans, multipare, entre à la Charité ayant fait en ville le premier temps d'un avortement de 2 mois ; elle perd du sang depuis trois jours ; mais plus abondamment depuis le matin. A l'arrivée, elle ne perd pas, mais elle est pâle, froide, sans voix et sans pouls. La température rectale est de 36°5 ; il y a d'incessantes menaces de syncope. Avant toute intervention on remonte la malade par tous les moyens ordinaires, éther, caféine, chaleur, etc., et on lui fait une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. Malgré ce traitement, l'état devient plus grave. On fait alors l'extraction de l'œuf qui est décollé. La femme ne perd plus, mais elle est dans le coma ; le pouls n'est plus perceptible, et les bruits du cœur ne s'étendent plus ; il semble qu'elle soit morte. On fait pourtant une injection intra-veineuse de 2,000 grammes de sérum. Pendant cette transfusion la femme reprend connaissance ; elle accuse un bien-être extrême. Le pouls réapparaît et devient bien frappé. Tous les soins ordinaires lui sont prodigués et elle revit.

Par précaution, on lui refait, 6 heures après, une injection sous-cutanée de 600 grammes de sérum.

Il a été fait dans ce cas et dans l'ordre ci-dessous : une injec-

Digitized by Google

tion de sérum sous-cutané de 500 grammes; une de sérum intraveineux de 2,000 grammes, et une dernière de sérum sous-cutané de 600 grammes.

Sans insister sur la technique des injections intraveineuses que j'ai décrite autrefois en détail, et qui d'ailleurs est bien connue, je voudrais seulement mettre en lumière deux points importants : d'une part les conditions dans lesquelles les injections peuvent et doivent être faites ; d'autre part les doses de sérum à employer et la nécessité dans certains cas de renouveler l'opération.

L'indication de l'injection intra-veineuse chez les femmes qui ont eu des pertes sanguines réside bien plus dans leur état général que dans la quantité du sang perdu, car on sait combien est variable la résistance de l'organisme à l'égard des hémorrhagies.

Lorsque l'anémie n'est pas très profonde et qu'il ne semble pas y avoir péril immédiat pour l'existence, les injections sous-cutanées de sérum sont seules indiquées et tout le monde sait combien leur efficacité est vraiment remarquable. Dans quelques cas cependant, elles ne suffisent pas à remonter les femmes. Leur effet ne se fait sentir qu'à peine, ou reste nul, et rapidement l'état de la malade s'aggrave. C'est alors qu'il faut sans hésiter recourir à l'introduction du sérum dans les veines, qui est pour la femme la dernière chance de salut.

Dans 12 de mes observations, les femmes avaient reçu du sérum sous-cutané en quantité quelquefois considérable, 500, 1000, 1500 grammes et plus, et pourtant la situation est devenue tellement grave que j'ai dû recourir aux injections intra-veineuses qui d'ailleurs ne m'ont donné dans ces circonstances que 4 guérisons.

Quand l'anémie est pour ainsi dire suraiguë, quand la mort est imminente, il faut agir avec promptitude, et il y a indication à faire l'injection intra-veineuse *d'emblée*. La voie sous-cutanée serait alors trop lente et trop aléatoire. Dans mes 3 autres observations j'ai procédé ainsi, et les 3 femmes ont été sauvées.

On peut donc pratiquer les injections intraveineuses dans les deux conditions suivantes : 1° après des injections sous-cutanées de sérum dont l'effet a été insuffisant ou nul et alors que l'état général continue à s'aggraver : l'important en pareil cas est de ne pas temporiser trop longtemps. 2° *d'emblée* quand la mort paraît prochaine et quand il y a par conséquent urgence à intervenir par la voie la plus rapide.

La dose de sérum à employer doit être massive ; c'est là un point bien établi. De 700 à 800 grammes au minimum, l'injection peut être sans danger portée à 1000, 1500 et 2000 grammes. Dans une observation (la Xe) la quantité de sérum injecté dans la veine n'a été que de 400 grammes, et malgré les injections sous-cutanées de 1350 grammes, la femme a succombé.

Un autre point capital et sur lequel on ne saurait trop insister, c'est la répétition de l'injection quand cela est nécessaire, c'est-à-dire quand l'effet produit par la première injection n'est pas durable. On observe ordinairement, au cours même de l'opération, que la femme revient à elle et exprime une sensation de bien-être : quand ce résultat n'est pas obtenu immédiatement, il est infiniment probable qu'il ne se produira pas, que l'on est intervenu trop tard et que la mort est inévitable.

Mais, alors même que cet effet a lieu, il ne faut pas croire que la femme soit sauvée à coup sûr, car il peut ne pas persister. Il y a lieu alors de renouveler l'injection intra-veineuse. Chez deux femmes, j'ai fait ainsi trois injections successives, introduisant dans le torrent circulatoire 6 litres de sérum chez l'une, 4 litres 1/2 chez l'autre, toutes deux ont guéri. Chez deux autres j'ai dû renouveler l'injection deux fois, mais une seule a été sauvée.

Je termine par les conclusions suivantes :

1° Les injections sous-cutanées de sérum artificiel constituent une médication excellente et efficace dans la grande majorité des cas contre l'anémie post-hémorrhagique ; elles donnent parfois des résultats inespérés. Dans les cas, heureusement rares, où ce traitement échoue, il faut substituer sans hésitation la voie intra-veineuse à la voie sous-cutanée.

2° On aura d'emblée recours à l'injection intraveineuse dans les cas où l'état général est trop grave pour qu'il soit permis d'attendre le résultat de l'injection sous cutanée.

3° La dose de sérum injecté doit toujours être massive; l'injection sera renouvelée plusieurs fois au besoin, jusqu'à effet durable.

4° Quand une femme anémiée par des hémorrhagies ne peut être remontée par aucun des moyens habituels, et quand la mort semble inévitable, c'est un devoir de tenter l'injection de sérum dans les veines. Les succès que nous avons pu obtenir dans des cas vraiment désespérés en sont la preuve.

ÉTUDE CLINIQUE

Polynévrites post-grippales

Par le Dr Breton (de Dijon)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

C... Henriette, 27 ans, femme de chambre dans un hôtel, entre à l'hôpital le 26 juin 1900, étant incapable de faire son service.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents sont morts âgés. Elle ne peut donner d'autre renseignements. Son père est

Digitized by Google

un alcoolique d'un caractère très violent, sujet à des accès d'impaludisme contracté aux Antilles. Sa mère est bien portante, sans troubles nerveux. Le frère de la malade a un caractère aussi violent que son père. Il se porte bien d'ailleurs.

Antécédents personnels. — Née à terme. Pas de maladie dans la première enfance. Rougeole à 12 ans. Réglée à 15 ans. Son caractère est d'une extrême violence. Hystérique, elle est sujette à des crises causées par les moindres contrariétés de la vie. Elle avoue des abus de café. Sensation de boule hystérique et d'étouffement à l'occasion d'une émotion quelconque. Au moment des règles, elle devient plus irritable encore et se reconnaît alors une personne peu sociable. La constipation lui est habituelle.

Il y a cinq ans, étant à Marseille, elle ressentit une vive commotion nerveuse. S'étant embarquée pour une promenade en mer, elle fut surprise par une tempête au large. L'équipage eut beaucoup de peine à regagner le port et à éviter un naufrage. Henriette fut saisie d'un refroidissement violent à bord, puis perdit connaissance. Ceci se passait au moment de ses règles. Elle se réveilla couchée à l'hôpital. Elle était en proie à un malaise général indéfinissable. Parut un œdème hémilatéral gauche, qui débuta par le membre inférieur et envahit même la face et les paupières, restant toujours localisé au côté gauche du corps. Cet œdème persista pendant trois mois, période durant laquelle l'aménorrhée fut absolue. Au moment seulement de sa disparition, les règles revinrent.

En même temps que cet œdème, apparurent des douleurs dans le membre inférieur d'abord, puis dans le droit, avec les douleurs, la malade ressentait des fourmillements et des engourdissements dans les deux membres inférieurs, sensation de brûlures aux plantes. Ils devinrent lourds, difficiles à remuer. La malade fut paraplégique durant un mois entier.

Sous l'influence du traitement, massage, électrisation, toniques, elle put quitter le lit au bout du deuxième mois et marcher avec l'aide d'une canne. Durant le troisième mois, les forces devinrent suffisantes pour permettre à la jeune femme de quitter l'hôpital de Marseille.

Lors de ce premier séjour hospitalier, les urines furent maintes fois examinées et pas une seule fois l'albumine ne fut constatée. Depuis cette époque, elle a repris la vie normale, travaillant comme par le passé.

En février 1900, elle est atteinte de grippe à déterminations sur l'appareil respiratoire : catarrhe naso-pharyngien, trachéite aiguë, bronchite et peut-être broncho-pneumonie. Sérieusement malade pendant un mois, elle eut même quelques hémoptysies. Mais ce dont se plaint surtout la patiente c'est d'une grande faiblesse générale avec amaigrissement venue tout à coup et d'une asthénie absolue. Une céphalée violente précède de quinze jours l'apparition de douleurs assez vives le long de la colonne vertébrale avec maxima à la région cervicale et lombaire. L'examen des urines, fait à ce moment, met les reins hors de cause quant à l'albumine. Au même moment, paraissent des douleurs vagues dans les deux membres inférieurs, plus spécialement dans les cuisses avec un certain degré de parésie. Au bout d'un mois, tous ces symptômes semblent s'être dissipés, la malade commence à se lever et peu à peu reprend ses occupations habituelles. Mais elle a été profondément touchée par l'influenza : son amaigrissement ne s'enraye pas, ses forces ne reviennent point et elle constate qu'elle travaille avec peine et se fatigue vite. Néanmoins elle persiste et ce n'est qu'au moment où elle est complètement incapable de travailler, qu'elle vient solliciter son admission à l'hôpital.

L'état actuel a débuté il y a quinze jours.

Henriette est pâle, anémiée et bien qu'elle ne puisse nous renseigner par des pesées exactes, elle s'est beaucoup amaigrie. Elle nous raconte ce qui suit : depuis quelque temps elle se sentait de plus en plus lasse et ne pouvait faire sa besogne qu'avec la plus grande difficulté. Quand il y a quinze jours elle est prise d'une sensation générale de faiblesse jusqu'alors inconnue. La marche devient pénible, fatigante, inhabile. Les pieds (le gauche principalement) heurtent la marche supérieure de l'escalier dans l'action de monter. Des fourmillements, des engourdissements, des douleurs à forme névralgique se font ressentir dans les deux membres inférieurs, le gauche surtout.

A peu près à la même date, les membres supérieurs se prennent. Ce sont d'abord des sensations de brûlures dans les paumes des mains. Puis, les membres supérieurs deviennent lourds. Leur usage devient maladroit. Egalement, y paraissent des fourmillements, des engourdissements, des douleurs à caractère névralgique, comme ceux signalés dans les membres inférieurs. Il y a une prédominance des symptômes du côté gauche. Peu à peu, la malade ne peut plus se peigner, s'habiller, boutonner ses vêtements, puis manier l'aiguille, faire enfin les travaux de son office. Elle arrive même, sans s'en douter, à une anesthésie complète des deux mains et égale des deux côtés, tant pour la température que pour le contact. Elle casse la vaisselle, ne s'apercevant qu'elle ne tient plus une assiette, par exemple, qu'au bruit fait par celle-ci en tombant et se brisant à terre.

Henriette urine bien, n'a pas d'albumine et ne présente aucun symptôme du côté des sphincters. Tel est le tableau morbide lors de l'entrée à l'hôpital. A un examen détaillé nous relevons les faits suivants :

La lassitude, la fatigue rapide, la difficulté à se tenir debout, obligent cette femme à garder le lit. La marche est pénible, et dans le pas le membre gauche inférieur traîne et reste en arrière. La malade, soutenue, marche lentement, à petits pas, regardant ses pieds, ayant la sensation constante de dérobement des jambes. Le membre inférieur droit est meilleur que le gauche : une pause de courte durée sur un seul pied est possible à droite sans appui et non à gauche. Au commandement, les yeux fermés, la malade croise bien les deux jambes dans le décurbitus dorsal. Mais si l'exécution est assez facile à droite, elle est hésitante et incertaine à gauche. Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, de celle-ci sur le bassin, sont difficiles des deux côtés. La mensuration relève un peu d'atrophie musculaire à gauche.

Circonférence passant par le milieu du mollet : droit, 28 c/m 1/2, gauche 28 c/m. *Circonférence de la cuisse* prise à dix centimètres de l'extrémité supérieure de la rotule : droite 33 c/m 1/2, gauche 33 c/m.

L'exploration de la *sensibilité* donne les résultats suivants : *Membres inférieurs.* Il y a un retard notable de la sensibilité, plus manifeste à gauche.

Sensibilité tactile. Elle est à peu près abolie pour les deux jambes, tant sur la face interne que sur la face externe. Perçue sur la face externe des cuisses, elle l'est à peine à la face interne.

Les deux plantes des pieds sont insensibles : la malade ne sent pas le sol sur lequel elle se repose.

Sensibilité thermique. Henriette éprouve une impression subjective de froid permanent dans les deux membres. Il n'y a pas de zônes d'hypéresthésie. L'anesthésie est presque complète sur

Digitized by Google

la face externe des membres. Sur la face interne, le contact de l'eau chaude ou froide ne doit pas être aussi prolongé pour amener la perception.

Sensibilité douloureuse. A peu près nulle. Ici encore, la face interne des membres perçoit mieux que l'externe.

Reflexe rotulien. Paraît exagéré à droite, très-diminué à gauche. Le *chatouillement plantaire*, ne cause aucun réflexe à gauche. A droite, il provoque une très-faible réaction s'il est fort et prolongé.

Membres supérieurs. La force dynamométrique est égale à 15 pour les deux mains. Il y a difficulté à soulever un poids et à serrer les objets.

La mensuration portant sur le milieu des avant-bras donne 20 c/m à droite, 19 c/m à gauche ; sur le milieu des bras, 21 c/m à droite, 20 c/m à gauche.

Les réflexes tendineux paraissent normaux à droite, exagérés à gauche.

Sensibilité tactile. Légère anesthésie du dos de la main et de l'avant-bras gauches. Diminution de la sensibilité sur le bras gauche. A droite, sur tous les segments, diminution de la sensibilité à la face externe.

Sensibilité thermique. A gauche, anesthésie sur la face postéro-externe de tout le membre. A droite, une zône anesthésique du dos de la main.

Sensibilité douloureuse. Comme pour la précédente. Nous avons insisté d'ailleurs sur l'anesthésie complète des deux paumes.

La moitié gauche de la face présente de la diminution, sans abolition, des diverses sensibilités.

Les organes des sens sont normaux. Il n'y a aucun trouble oculaire.

Les divers viscères sont sains.

Le *cœur* bat à 76, régulièrement. Notre malade resta deux mois et demi à l'hôpital et quitta le service bien guérie. Revue récemment, Henriette a repris ses occupations et se porte bien.

L'étude des polynévrites post-grippales est de date relativement récente. Signalées seulement. à titre de complications, dans les traités classiques, elles ont fait l'objet d'études spéciales depuis une dizaine d'années.

Récemment, M. le Dr Raymond faisait de deux cas l'objet d'une de ses leçons cliniques.

Cestan et Babonneix (1) à propos de trois observations personnelles, publient une vue d'ensemble

L'hérédité nerveuse joue un rôle prédisposant dans ces localisations nerveuses d'origine grippale. On la retrouve dans les ascendants ou les collatéraux des malades frappés. Les grippés à tare nerveuse, acquise ou héréditaire, font leurs déterminations pathologiques sur le système nerveux, précisément en raison de cette tare.

La polynévrite post-grippale est signalée comme une complication tardive, mais nous ne voyons pas d'évolution aussi retardée que dans notre observation. Il s'écoule trois mois et demi environ avant que le système nerveux d'Henriette soit frappé sérieusement. Pendant l'atteinte grippale du mois de février, il y a parésie localisée aux membres inférieurs seuls. Cette lésion n'est que temporaire, puisque la malade peut reprendre sa vie ordinaire. Faut-il voir dans les fatigues consécutives, un empêchement à la restitution *ad integrum* des lésions nerveuses, ou ne vaut-il pas mieux envisager ces fatigues comme un simple épiphénomène, en raison du passé de la malade ? Il y a cinq ans, par suite d'émotions et de refroidissement violent, le système nerveux est déjà touché : il y a paraplégie. Une maladie infectieuse (la grippe) paraît, le système nerveux est encore repris d'une façon prédominante et plus profondément.

Mais cette femme est une hystérique, fille d'un alcoolique. Son équilibre nerveux est instable et les éléments nerveux sont et seront chez elle le *locus minoris resistentiæ*.

Comme dans le cas de Remak, les quatre membres sont pris, les inférieurs d'abord, puis les supérieurs,

La prédominance d'un côté, le gauche ici, classe ce fait clinique à côté de ceux de Trouillet et Vallet.

La face est rarement prise. Nous avons vu que la sensibilité faciale hémilatérale gauche était atteinte.

Nous insistons comme les auteurs précités, sur le caractère dominant de ces polynévrites post-grippales ; elles sont surtout motrices.

Les troubles de la sensibilité sont constants, mais plus faibles et effacés en quelque sorte par l'asthénie musculaire.

Par analogie avec les cas du Dr Raymond, nous avons signalé un peu d'atrophie musculaire qui se catalogue dans les troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs.

Suivant la règle clinique la plus courante, les spincters ont été respectés,

Notre malade a vu toutes ses lésions disparaître et a pu reprendre le fonctionnement normal de ses organes. C'est ainsi que se passent les choses le plus ordinairement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, on doit donc réserver son pronostic.

Ce cas nouveau de polynévrites post-grippales, dont l'intérêt réside en quelques particularités, nous a paru valoir sa publication.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1900, nos 72-73.

PHARMACOLOGIE

La Bardane

Il y a eu vraiment quelque chose de shakespearien dans les destinées de cette plante.

Née au voisinage des masures, on la trouve, à l'aube de son histoire thérapeutique, occupée à laver les dartres furfuracées et à déterger les vieux ulcères : dédaignée par les agriculteurs comme mauvais fourrage, elle devient, à titre de topique, la providence des variqueux et des cancéreux.

Digitized by Google

A la fin du XVIe siècle, elle est admise, par l'intermédiaire de Pena, à soigner la syphilis de Henri III : la cure fut merveilleuse, dit-on ; Samuel Formius nous en a laissé la relation. La plante gagna, à l'amélioration du roi, ses lettres de noblesse ; elle troque son nom roturier d'*herbe aux teigneux*, d'*herbe aux pouilleux* contre celui de *napolier*. Elle connaît les joies du triomphe ; les pharmacopées lui ouvrent leurs pages; Baglivi écrit son éloge et Van Swieten emprunte, pour le traitement de la syphilis, l'appui de sa renommée.

A partir de ce moment, sa réputation commence à vieillir. Cartheuser en parle encore avec ménagements, mais le dédain de Cullen ne l'épargne pas ; la critique de Desbois de Rochefort la chasse, comme ne possédant que des propriétés médicinales fort douteuses, de son *cours élémentaire de matière médicale*. Quelques années plus tard, Barbier achève de ruiner sa popularité et Chaumeton, l'érudit et critique Chaumeton, qui ne s'est jamais distingué au dire de Cazin, comme praticien, qui croyait peu au pouvoir de la médecine parce qu'il avait vu peu de malades, la réduit, en 1846, à l'état de légume.

« Toutes les fois que je goûte la racine de bardane, « écrit-il dans sa Flore médicale, je suis étonné de « ne pas la rencontrer plus souvent dans les cuisines « que dans les pharmacies. Elle peut s'apprêter « de même que celle de scorzonère, tandis que les « jeunes pousses, cueillies au printemps, se mangent « comme les artichauts, les cardons et les as- « perges. »

L'espèce la plus connue autrefois des médecins était la grande bardane (lappa major, Synanthérées). On utilisait, à titre médicamenteux, la racine et les feuilles.

1° Des différentes propriétés médicinales attribuées à la racine la moins contestable est la propriété diurétique qui pourrait expliquer la composition chimique de la plante : elle contient de l'inuline, un glucoside isolé par Tremble, la *lappine*, un tanin, des sels de potasse parmi lesquels figure l'azotate.

A titre de plante tannifère, on comprend l'emploi de la racine de bardane dans la goutte, le rhumatisme et dans l'ascite, l'anasarque, surtout quand il y a lieu comme il arrive souvent, d'ajouter à l'action diurétique une action tonique et légèrement astringente. Toutefois, ces propriétés diurétiques sont peu accentuées et Barbier (d'Amiens) me paraît avoir fort judicieusement apprécié les propriétés diurétique et diaphorétique de la racine de bardane.

« La force médicinale de la racine a peu de déve- « loppement ; les effets qu'elle produit sont toujours « peu marqués. On la regarde comme un sudorifique « puissant : elle ne fait couler la sueur que quand on « l'administre en tisane, qu'on la donne chaudement « et en grande quantité. Or, une diaphorèse, dans ce « cas, est un phénomène organique auquel la puis- « sance médicinale a eu peu de part ; on dit égale- « ment que cette plante est diurétique : une excré- « tion plus copieuse d'urine, après l'usage de la « tisane de bardane, n'est pas un indice bien solide « que cette plante a exercé quelque influence sur « l'action secrétoire du rein ; on rend alors par les « urines l'humidité que la boisson a introduite dans « le corps. On ne voudra pas sans doute faire jouer « un grand rôle à la potasse et au nitrate de potasse « que les chimistes retirent de cette plante : ces sels « y sont en trop petite quantité. Quand on réfléchit « à la dose de sel de nitre que quelques morceaux de « racine peuvent porter dans 5 à 6 tasses de décoction « on cesse de penser que les molécules salines conte- « nues dans la bardane puissent contribuer aux vertus « de cette plante. »

2° Les feuilles de bardane ne méritent pas de partager l'oubli dans lequel sont tombées les racines.

Sèches, en décoction, elles possèdent une propriété qui n'est que rarement mais à tort utilisée, c'est d'apaiser presque instantanément le prurit dartreux; le décocté d'aunée possède cette propriété également de telle sorte qu'on pourra employer en lotions ou en compresses l'association suivante :

Feuilles de bardane	25 grammes
Racines d'aunée	15 —
Eau q. s. pour un litre de décocté	

Passez et ajoutez :

Eau de laurier-cerise.....	20 grammes

Fraîches et contusées les feuilles de bardane constituent un topique que Percy utilisait avec succès dans les excoriations légères avec inflammation, dans les croûtes de lait, la teigne squameuse.

Il y a plusieurs années, dans ce journal (1), le Dr Legendre (de Bléneau), a indiqué les excellents résultats fournis par l'emploi de ce topique contre les morsures de vipère. Cette pratique qu'on pourrait de prime abord considérer comme une recette d'empirique est susceptible d'une interprétation scientifique. Comme le parenchyme frais d'un grand nombre de plantes, les feuilles de bardane jouissent de propriétés oxydantes énergiques, propriétés qu'il est facile de mettre en évidence à l'aide des réactifs des peroxydes. Appliquées après avoir été contusées, sur une morsure de serpent, ces feuilles absorbent l'oxygène de l'air et le cèdent au tissu avec lequel elles sont mises en contact modifiant probablement par oxydation les principes constitutifs du venin qui se trouvent déposés dans la plaie. Elles agissent dans le même sens qu'une solution de permanganate de potasse dont les

(1) *Journal des Praticiens*, 7e année, n° 34.

Digitized by Google

propriétés antivenimeuses ont été mises en évidence par les travaux de Lacerda, de Vulpian, de quelques médecins militaires et par ceux plus récents de M. Kaufmann.

A ce propos, je rappellerai que l'ancienne médecine utilisait beaucoup dans un grand nombre d'affections externes (dermatoses, ophtalmies, ulcères, etc., etc.) des topiques végétaux constitués soit par le suc frais d'un végétal, soit par ses feuilles fraîches contusées appliquées sur la partie lésée.

Il est probable que les bons effets retirés de l'emploi de quelques-uns de ces topiques étaient dus soit à un mécanisme d'oxydation analogue à celui provoqué par les feuilles de bardane, soit encore à ce fait que les éléments constitutifs du suc du végétal employé, très oxydables (suc de chélidine, par exemple), empruntent pour leur auto-oxydation l'oxygène contenu dans les tissus au contact desquels ils se trouvent et agissent ainsi comme réducteur indirect.

L'inefficacité des mêmes topiques employés soit après avoir été soumis à l'action de la chaleur ou après une dessiccation prolongée tend à justifier cette interprétation. — A. B.

Formulaire du Praticien

Traitement de la syphilis par les inunctions avec la pommade au calomel

Le calomel, un instant délaissé dans le traitement de la syphilis tend aujourd'hui à reconquérir sa place. On l'emploi couramment comme topique doux contre les syphilides, car il est peu irritant par lui-même. On a essayé également de l'employer en frictions, comme succédané de l'onguent napolitain, et dès 1770, Peter Clare vantait cette méthode. Plus récemment, M. Quinquaud préconisait les emplâtres au calomel. Péroni l'incorporait à la traumaticine dans la proportion de 25 0/0.

Enfin, Bovero préconise des frictions avec la pommade suivante :

Calomel à la vapeur.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Lanoline.....	3 grammes
Beurre de cacao.	1 —

Faire tous les 5 ou 8 jours une friction de 20 minutes, et cesser au bout de 6 ou 7 frictions, puis on donne de l'iodure de potassium.

Bovero n'aurait, dit-il, obtenu que des succès par cette méthode, et il vante la propreté de ce mode de traitement et la rareté des phénomènes concomitants se passant du côté de la bouche, de l'arrière bouche et de la peau.

Watraszenski utilise ensuite un savon en mélangeant minutieusement le calomel à la vapeur avec du savon frais à base d'huile d'olives. La dose pour une séance est de 2 à 3 grammes contenant 0,50 centigrammes à 1 gramme de calomel. Ce savon a une consistance et une couleur ressemblant à celle de la vaseline. On fait les frictions avec la main mouillée préalablement.

Audry (de Toulouse) a modifié ainsi la préparation :

Lessive de soude caustique....	100 grammes
— de potasse.....	50 —
Huile d'amandes douces.....	300 —

Ensuite, après avoir préparé ce savon mou de potasse, on lui incorpore du calomel :

Savon mou de potasse.....	100 grammes
Calomel..... ..	40 à 60 grammes
Huile d'amandes douces.....	20 grammes

dans des proportions variables de 1/2, de 1/3, de 1/4, puis on s'en sert pour les frictions.

Les résultats de cette préparation ont été satisfaisants. Les bons effets du calomel ont été ensuite vantés par Rille, puis M. Balzer l'a expérimenté à son tour et les résultats obtenus ont été consignés dans la thèse de son élève Kazandjieff (*Th. Paris* 1900). Voici son *modus faciendi* : les 2 formules employées ont été les suivantes :

I. Calomel à la vapeur.....		4 grammes
Vaseline.....	àà	2 —
Axonge		
Essence de térébenthine.....		0 gr. 80
Pour une dose.		
II. Calomel à la vapeur.....		4 grammes
Vaseline.....	àà	2 —
Axonge		

On peut remplacer le calomel par du précipité blanc.

On fait les inunctions dans le dos et sur les membres inférieurs, on prend la pommade avec une spatule et on l'étale sur les deux membres inférieurs avec un frottoir, de manière à recouvrir toute la surface du membre inférieur.

La dose employée est de 8 grammes pour adulte, 4 grammes pour enfant et 2 grammes pour les nouveau-nés. On enveloppe ensuite la région traitée avec un morceau de flanelle. On fait une inunction tous les matins et on donne 3 bains par semaine. La peau devient blanc mat et l'inunction reste invisible. On n'a pas observé d'accidents par cette méthode, pas d'irritation cutanée, mais quelquefois un peu de gingivite. Le mercure apparaît assez tardivement dans les urines.

L'action thérapeutique est moins intense que celle de l'onguent napolitain, aussi son emploi est préférable chez les personnes faibles, chez celles dont on veut respecter l'intégrité des voies digestives, ou chez les malades dont on veut renforcer le traitement pilulaire.

Le traitement ioduré est un utile adjuvant, mais dans les syphilis graves, le calomel n'est certainement pas le médicament de choix. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du diabète par la levure de bière. — La levure de bière déjà employée contre la furonculose, les gastro-entérites infantiles (Thiercelin), la pneumonie et la fièvre typhoïde (Marie et Faisans) a été ensuite essayée contre le diabète par MM. Beylot et Cassaët. D'après M. Beylot (*Th. Bordeaux* 1896), les diabétiques, sous l'influence de cette médication, augmentent de poids, reprennent leurs forces, en même temps que le sucre diminue d'une façon notable. La levure de bière permet d'introduire des féculents dans l'alimentation du diabétique, en détruisant le sucre au fur et à mesure de sa formation. Le seul inconvénient serait des pesanteurs d'estomac, des éructations et un peu de diarrhée, inconvénients qui seraient évités par l'emploi de la levure sèche.

Debouzy (*Bull, méd.* 1897) avait vu également le sucre tomber de 250 gr. à 10 gr.

Plus récemment, M. Cattaert (*Nord méd.* 1900), a traité ainsi quatre malades et confirme l'action de la levure sur le sucre diabétique et conseille l'emploi de ce médicament.

Dans un premier cas, le sucre commença d'abord à diminuer, puis remonta progressivement malgré la médication. L'albumine urinaire a considérablement augmenté, de 5 à 14 grammes, ce qui indiquerait que, jusqu'à un certain point, la levure pourrait être nocive chez les diabétiques albuminuriques.

Dans un second cas, le sucre est tombé de 106 gr. à zéro et une gangrène du pied s'est arrêtée.

Un troisième malade, artério-scléreux, a vu en 5 jours tomber son sucre de 54 grammes à 17.

La quatrième malade vit son sucre tomber de 80 grammes à zéro en 15 jours.

Ces faits sont assez intéressants par eux-mêmes pour nous permettre de les signaler à nos lecteurs. — S. R.

L'acétopyrine. — Après l'aspirine ou acide acétylsalicylique que M. L. Rénon a étudié récemment (*Soc. méd. des hôp.*, 19 oct. 1900), voici venir un nouveau dérivé de l'acide salicylique : c'est l'acétopyrine, une combinaison de l'aspirine et de l'antipyrine. Elle se présente sous forme d'une poudre blanche, cristalline, ayant une légère odeur d'acide acétique, fusible à 64°, peu soluble dans l'eau chaude, insoluble dans l'eau froide; l'alcool et le chloroforme la dissolvent bien ; avec le perchlorure de fer cette poudre donne une solution rouge vif, qui devient jaune par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique ; cette réaction lui est commune avec l'antipyrine. Le goût est légèrement acidulé, et mélangée à l'eau sucrée, l'acétopyrine constitue une boisson assez agréable. La dose quotidienne varie entre 3 et 5 grammes ; on peut la donner par doses de 0 gr. 50 c. d'heure en heure, ou bien dans les cas graves par doses massives, soit trois heures de suite un gramme, puis deux autres grammes à deux heures de distance. L'action du médicament est très semblable à celle de l'acide salicylique ou du salicylate de soude. MM. Winterberg et Braun (*Wiener klin. Wochenschrift*) l'ont expérimenté sur une vaste échelle, et à la lecture de leurs observations de rhumatismes articulaires aigus ou subaigus, de pleurésies et de péricardites rhumatismales, on ne peut s'empêcher de penser aux résultats équivalents que donne le salicylate de soude. La seule différence en faveur de l'acétopyrine, avantage qu'elle partage avec le salophène, l'aspirine, la salipyrine (salicylate d'antipyrine), est celle de ne pas être soluble dans l'estomac et de ne se dissocier que dans le milieu alcalin intestinal. On évite avec elle la gastrite médicamenteuse que le salicylate de soude produit si aisément. Les recherches faites par Wollmann sur l'acétopyrine dans les digestions artificielles ont donné des résultats très nets. Les autres inconvénients du salicylate — bourdonnements d'oreilles, sueurs profuses, abaissement de la température — s'observent avec tous ses dérivés ; l'antipyrine contenue dans l'acétopyrine contribue à augmenter ses propriétés analgésiques. — Bd.

La prophylaxie de la blennorrhagie. — La gravité des complications de cette maladie qui portent atteinte non seulement à l'existence de l'individu, mais même à celle de l'espèce, justifie les tentatives prophylactiques de toute nature. On a proposé des instillations dans le méat avec des solutions de nitrate d'argent ou de protargol après le coït suspect, mais ce système est peu pratique parce que les solutions liquides sont peu portatives. Stekel, de Vienne, a fait remplir des tubes en plomb — pareils à ceux qui contiennent les couleurs à l'huile usités par les peintres — avec la pommade suivante :

Vaseline	20 gr.
Protargol	2 gr.

Ce tube peut être porté en poche sans que le contenu soit contaminé. Après le coït, on exprime directement une petite partie de la pommade dans l'urèthre et par quelques frictions on la fait péné-

Digitized by Google

trer un peu plus avant. Les résultats obtenus seraient parfaits (*Klin. therap. Wochenschrift.*)

Traitement de la coqueluche par les inhalations de créosote. (Godson. *Brit. Med. J.* 3 nov. 1900). — L'auteur a fait auprès de nombreux médecins une enquête destinée à établir quel est le meilleur traitement de la coqueluche. Des réponses à son questionnaire, il résulte que parmi toutes les drogues employées, la créosote donne les meilleurs résultats à la condition de la prescrire en inhalations.

Ces inhalations doivent être ininterrompues et on les administre très simplement en suspendant dans la chambre du malade un drap arrosé de créosote qui imprègne l'air de vapeurs. Le traitement par les inhalations continues de créosote est sans danger quand la poitrine n'est pas encombrée de râles humides.

Son emploi doit être, au contraire, surveillé avec soin si les râles humides sont très nombreux.

Les coqueluches traitées d'abord par les inhalations de créosote et après, quand la bronchite a diminué, par l'antipyrine combinée aux expectorants, durent une vingtaine de jours. — E. B.

OBSTÉTRIQUE

De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques. — La question se pose assez souvent en pratique, quelle conduite tenir dans les bassins rétrécis rachitiques? Le Dr Valency vient d'écrire sur ce sujet un travail intéressant (th., Paris, 1900). Tout d'abord, il est souvent inutile d'intervenir, l'accouchement se termine spontanément par les seules forces de la nature,

Dans les bassins généralement rétrécis à diamètre promonto sous pubien entre 9 cent. 1/2 et 11 cent., le mécanisme de l'accouchement est à peu de chose près semblable à celui qu'on observe dans les bassins normaux.

Au-dessous de 9 cent. 1/2, l'accouchement spontané peut encore se faire, mais à deux conditions, que les contractions utérines soient énergiques, que la tête fœtale se réduise.

Au dessous de 8 cent., l'accouchement spontané est encore possible si la tête est petite et facilement réductible.

En résumé, dans les bassins rachitiques dont le diamètre promonto sous pubien est compris entre les limites de 8 cent. 5 à 11 cent., l'accouchement spontané est possible à condition : 1° Qu'il n'existe pas une trop grande disproportion entre la capacité du bassin et le volume de la tête fœtale, ce dont on peut s'assurer par le palper mensurateur ; 2° Que les contractions utérines soient régulières, énergiques, ou tout au moins suffisantes ; 3° Qu'il n'existe pas du côté du col une cause quelconque qui s'oppose à sa dilatation ; 4° Que les parties molles et spécialement le releveur de l'anus et l'anneau vulvaire, n'opposent pas à la sortie du fœtus une barrière infranchissable.

De ce qu'un ou plusieurs accouchements antérieurs ont nécessité une intervention, il ne faut pas en inférer que l'accouchement actuel ne se terminera pas spontanément, les conditions physiologiques du travail variant non seulement d'une femme à une autre, mais encore, pour la même femme, d'un accouchement à l'autre.

La terminaison de l'accouchement est encore influencé d'une façon importante par la forme du bassin. Plus que le bassin rétréci, le bassin simplement aplati favorise la terminaison spontanée de la grossesse. De même, l'accouchement est plus facile dans les cas de rétrécissements localisés au détroit supérieur que dans ceux ou l'augustie porte sur une partie ou sur toute la hauteur de l'excavation.

Avec un rétrécissement fort accusé, l'allure du travail peut être régulière, alors qu'on observe un travail des plus irréguliers dans certains cas de bassins légèrement viciés.

Dans certaines circonstances, la longueur du travail n'excède pas celle d'un accouchement normal. Sa durée exagérée n'est pas très fréquente, et, dans la plupart des cas, le travail est un peu plus long que lorsque le bassin est normal.

D'après les statistiques rapportées par l'auteur, la mortalité maternelle ne serait pas plus fréquente que dans les accouchements normaux; la mortalité serait nulle.

Le pronostic est des plus graves pour l'enfant, la mortalité est plus grande que dans les accouchements normaux, mais elle serait inférieure à celle qui est consécutive aux interventions. Le danger pour le fœtus est plus grand dans les bassins généralement rétrécis que dans les bassins simplement aplatis. Les déformations plastiques, les enfoncements de la voûte crânienne ne sont pas rares. Valency n'a pas observé de fractures. De plus, il pense que l'avenir des enfants n'est nullement compromis et que les troubles nerveux attribués à un accouchement difficile sont plus faciles à expliquer par une hérédité pathologique.

L'auteur conclut en disant que toutes les fois qu'en présence d'un bassin rétréci, on n'aura pas acquis la certitude absolue de l'impossibilité de la terminaison spontanée de l'accouchement, il faudra, selon le mot de Pajot, faire provision de patience et attendre tout en surveillant l'état de la mère et en auscultant fréquemment les bruits du cœur fœtal. Le forceps et la version permettront presque toujours, en cas d'alerte, de terminer rapidement l'accouchement.

Digitized by Google

Sur une forme particulière de l'utérus pendant les premiers mois de la gestation. — Le Dr Ouvrier (*Th. Paris* 1900) vient de signaler après son maître M. Bar, une forme particulière de l'utérus due au développement anormal d'une des cornes utérines au début de la grossesse. L'œuf, au lieu de se fixer sur la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, viendrait s'implanter dans la corne utérine immédiatement en dedans de l'*ostium tubæ*.

A deux mois, le toucher combiné au palper, donnerait les renseignements suivants : on trouverait sur les parties latérales de l'utérus une tumeur plus ou moins volumineuse globuleuse, un peu allongée transversalement. Cette masse est très molle, dépressible, d'apparence kystique, difficile à délimiter en dehors, non séparée de l'utérus dont elle suit les mouvements ; elle est beaucoup plus molle que le fond de l'utérus et la cornée opposée.

La difficulté est de savoir si l'on a affaire à une grossesse ectopique. La grossesse tubaire se reconnaît à l'absence de sillon du côté utérin, de douleurs et d'hémorrhagies, à la présence du ligament rond en dedans de la tumeur. Il est plus difficile d'éliminer la grossesse interstitielle, car dans les deux cas la tumeur a les mêmes caractères, la situation du ligament rond en dehors est la même.

La confusion est presque impossible à éviter. C'est pourquoi Ouvrier conseille de mettre la malade au repos pendant quelque temps, et s'il s'agit d'une grossesse développée dans la corne la forme de l'utérus ne tardera pas à se modifier. — J.-H. M.

De l'écouvillonnage primitif dans l'avortement. — Le Dr Carteret, dans un travail récent (Th. Paris 1900), étudie les résultats que donnent le curage digital suivi de l'écouvillonnage dans la rétention placentaire consécutive à l'avortement. On sait, en effet, que M. Budin préfère le curage digital au curettage à cause des dangers de ce dernier.

Carteret conseille l'expression abdomino-vaginale de M. Budin ; le placenta ayant été dilacéré avec l'index et le médius, ces doigts sont placés dans le cul-de-sac postérieur contre la paroi interne qu'ils dépriment ; la main opposée déprime l'utérus à travers la paroi abdominale relâchée. L'utérus est ainsi comprimé entre les deux mains et les débris placentaires facilement expulsés.

On pratique ensuite l'écouvillonnage au moyen d'un gros écouvillon trempé dans le sublimé et auquel on imprime des mouvements de haut en bas, de bas en haut, puis de rotation sur son axe, afin de nettoyer complètement l'utérus. On peut ensuite passer un nouvel écouvillon trempé dans la glycérine créosotée (au tiers et à parties égales) et l'on fait une injection vaginale.

Dans certains cas, l'écouvillonnage seul donne de bons résultats.

Le curage digital et l'écouvillonnage n'entraînent aucun accident et dans les observations que rapporte l'auteur on note dès le lendemain une chute brusque de la température.

Cette méthode paraît donc très efficace et l'auteur recommande de l'employer de parti pris aussitôt après l'avortement sans attendre les complications, hémorrhagie ou infection.

De cette façon, on éviterait non seulement les accidents immédiats, mais aussi les accidents éloignés, métrites, péri-métrites, si fréquentes dans les suites de couches pathologiques. — J. H. M.

OPHTALMOLOGIE

Céphalée d'origine oculaire. — La fatigue oculaire est une cause fréquente — insuffisamment connue — de céphalée rebelle. On peut estimer à 50 0/0 le nombre des céphalées chroniques dues à cette cause (*J. Hinshelwood, Glasgow, Med. J.* nov. 1900).

Cette céphalée, très variable d'intensité, peut être frontale, temporale, occipitale, occuper même le vertex. La localisation péri-orbitaire est la plus fréquente et dans des cas nombreux le patient ressent une gêne ou une douleur dans les paupières, dans le globe ou au fond de l'orbite, symptômes précieux qui attirent l'attention et facilitent le diagnostic.

Dans les cas où ils font défaut, l'apparition répétée ou l'aggravation d'une céphalée bilatérale, quand le malade lit de près ou regarde avec attention, doivent mettre sur la voie du diagnostic causal.

Il faut donc pratiquer l'examen de l'œil chaque fois que l'on soupçonne l'influence de la vision sur l'apparition d'une céphalée.

Les vices de réfraction de moyenne et surtout de faible intensité provoquent la céphalée d'origine oculaire parce que le malade fait effort instinctif de correction visuelle en contractant le muscle ciliaire.

L'astigmatisme est la cause de beaucoup la plus fréquente et la plus ignorée des patients ; la faiblesse des muscles ciliaires (asthénopie ciliaire) et des muscles externes de l'œil, des muscles droits internes, notamment, vient immédiatement après. Enfin, le glaucome.

Des verres appropriés font disparaître la céphalée due aux vices de réfraction en supprimant l'effort musculaire qui tendait à les corriger. Pas toujours cependant. D'autres facteurs que les vices de réfraction peuvent être en jeu ; on doit les connaître pour établir un traitement complet.

La chlorose, l'établissement de la menstruation,

Digitized by Google

la faiblesse générale consécutive aux maladies aiguës sont ces facteurs secondaires qui nécessitent un traitement médicamenteux et hygiénique appropriés. Quand l'asthénie générale a disparu, le muscle ciliaire devient capable de se contracter sans fatigue et la correction par les verres donne alors un résultat curatif complet.

La correction établie, il est bon d'interdire chez certains malades un exercice visuel prolongé qui fatigue le muscle cilaire à la longue, d'interrompre dans ce but les travaux d'aiguille, la lecture, etc., etc., par un repos de quelques minutes toutes les heures. Chez d'autres, dont la céphalée est due à l'asthénopie des muscles droits internes, il faut proscrire la vision des objets rapprochés — elle nécessite la convergence et la fatigue des droits internes. — E. B.

CHIRURGIE

Quand faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës? — La question de l'opportunité de la trépanation dans les mastoïdites est des plus délicates; on ne peut la résoudre que par un examen minutieux des divers symptômes; en cas de doute, mieux vaut trépaner.

D'après M. Lermoyez (*Pr. Méd.* 1900), la mastoïdite reconnue, il faut s'efforcer de savoir s'il s'agit d'une mastoïdite aiguë vraie, et dans ce cas on pourrait instituer le traitement abortif, ou d'une lésion chronique rechauffée qui nécessite l'évidement pétro-mastoïdien.

L'intervention peut être urgente ou opportune. La trépanation sera pratiquée d'urgence dans deux cas : lorsqu'il existe une fistule cutanée, externe ou aboutissant au conduit et alors antérieure, lorsqu'il existe un abcès, premier degré de la fistule, et qui peut s'ouvrir, soit à la face externe de l'apophyse, soit en bas, soit en avant avec abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit.

Diverses indications établissent l'opportunité de la trépanation. Tout d'abord la douleur spontanée qui n'a pas cédé à la paracentèse et au traitement abortif, la douleur provoquée de la base et surtout du bord postérieur. Le torticolis est souvent une indication.

Le gonflement avec ou sans rougeur commande l'intervention. De même l'otorrhée si elle est abondante, surtout si le pus est sanguinolent, fétide. Lorsque les signes généraux persistent après la papacentèse on devra encore intervenir; également quand existent des phénomènes cérébraux.

D'après M. Lermoyez, l'ophtalmoscopie pourra être utile; l'hyperhémie papillaire aggrave le pronostic, la névrite optique indiquant l'évolution d'une lésion de méningo-encéphalite, montre la nécessité d'une intervention rapide.

Comme contre-indications, on évitera d'intervenir chez les hémophiles, les diabétiques, les phtisiques. D'après l'auteur, la méningite, même certaine, n'est pas une contre-indication.

Tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires des vieillards. — On admet généralement que les os et les articulations sont rarement atteints par la tuberculose chez les vieillards; tel n'est pas l'avis du Dr A. Moret (*Th. Paris* 1900), qui, sur un nombre de près de 4,000 malades observés à l'hospice de Nanterre, a pu relever 178 cas de tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.

L'étiologie ne présente rien de bien spécial; l'évolution est plutôt lente; néanmoins, la propagation à d'autres organes assombrit toujours le pronostic, qui, en dehors des complications, est plus ou moins grave suivant la localisation de l'affection.

Les régions les plus souvent atteintes seraient par ordre de fréquence : le pied, les côtes, le genou, le sternum, le poignet, la main, la colonne vertébrale, etc., etc.

Au point de vue thérapeutique, alors que dans les mêmes cas chez l'enfant et chez l'adulte, on doit être conservateur, chez le vieillard les opérations économiques seront proscrites. Le siège de la lésion, l'état général du malade sont deux facteurs importants au point de vue du traitement. On sera très prudent dans les tuberculoses costales ou vertébrales, dans les lésions du bassin, car les lésions sont souvent plus étendues qu'on ne pense, et l'on peut être entraîné à des délabrements considérables.

Ce sont les tuberculoses des membres les plus importantes, le traitement devra être radical; l'amputation sera le procédé de choix, à condition que les lésions ne soient pas multiples.

MÉDECINE

Maladie du cœur et maladie du rein. — Diagnostic. — Traitement. — Les signes de compensation — accroissement de la tension artérielle, hypertrophie ventriculaire — facilitent le diagnostic précoce de la néphrite interstitielle. Dès que la compensation fait défaut, les symptômes cardio-vasculaires sont ceux d'une affection cardiaque primitive avec rein cardiaque et il devient souvent difficile d'établir s'il s'agit primitivement d'une néphrite interstitielle ou d'une affection cardiaque. Dans les deux cas l'état d'asystolie est le même.

Le diagnostic peut se faire cependant si l'on se rappelle que dans la néphrite interstitielle arrivée au

Digitized by Google

terme de l'asystolie l'urine présente des caractères particuliers : faible densité, présence de cylindres épithéliaux à côté de cylindres hyalins, albumine moins variable en quantité et ne disparaissant pas complètement après guérison de l'état asystolique.

L'examen ophthalmocospique démontre souvent l'existence d'une rétinite albuminurique qui est propre à la néphrite interstitielle.

Quand il y a rupture de compensation, la digitale à haute dose est indiquée quelle que soit l'affection primitive. Avant la rupture, le traitement est hygiénique (régime végétarien interrompu par des périodes de régime lacté). Il devient en outre médicamenteux dès qu'il y a imminence de défaillance cardiaque et c'est la trinitrine et la caféine qui fournissent le meilleur résultat (Kelly, *Philad. med. J.*, 27 oct. 1900). — E. B.

Endocardite blennorrhagique. — Voici deux nouvelles observations d'infection généralisée au cours de la blenorrhagie. Au cours d'une chaudepisse, traitée par du copahu, un homme de 22 ans fut pris de troubles qui le conduisirent à l'hôpital où on le crut atteint de fièvre typhoïde ; on négligea son uréthrite, et lorsqu'il eut quitté le service au bout de quinze jours, il se remit à se soigner ; on lui prescrivit des injections dont le principal résultat fut un abcès périuréthral, pour lequel il se fit recevoir au service de Gussenbauer ; la température était de 40° et ne tomba pas après l'ouverture de l'abcès ; les articulations des doigts enflèrent, des taches purpuriques survinrent sur le dos et sur les doigts, peu après du délire, puis de l'incontinence d'urine, enfin la mort dans le coma, le tout en huit jours de temps. A l'autopsie, on trouva de la bronchite, un grand infarctus du lobe inférieur du poumon gauche, un épanchement pleural hémorrhagique et de nombreuses hémorrhagies interstitielles dans la plèvre et dans le péricarde. Le cœur était flasque et dégénéré, et aux valvules mitrales on trouve d'énormes excroissances de quatre centimètres de long. Le foie et les reins étaient dégénérés et criblés d'infarctus. (*Wiener klin. Wochenschrift*), Il est à regretter que catte observation ait été mal prise, tant avant qu'après la mort du sujet.

Le second cas a été publié par Loeb (*Archiv. f. klin. Med.*). Il a trait à un homme de 41 ans, atteint d'arthrite blenorrhagique tibio-tarsienne droite ; peu après on constata un endocardite, à laquelle il succomba en 15 jours : les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient épaissies et l'une d'elle était perforée ; dans l'exsudat on put décéler des microbes qui étaient morphologiquement pareils au gonocoque. On ne les cultiva pas.

D'après ces deux observations, on peut conclure avec Loeb que l'endocardite survenant au cours de la blenorrhagie peut être gonococique ou septicémique ; la première observation donne absolument l'impression d'une septicémie banale. Loeb insiste aussi sur le fait que l'endocardite de la mitrale est verruqueuse, tandis que celle des valvules sigmoides aortiques et pulmonaires est ulcéreuse. Une cardio pathie préexistante disposerait les sujets à une inoculation gonococcique de l'endocarde. — Bd.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Anesthésie cocaïnique médullaire appliquée aux accouchements. — M Guéniot. On sait qu'en injectant 1 à 2 centigr. de cocaïne dans la cavité sous-arachnoïdienne lombaire, on obtient une anesthésie limitée à la moitié inférieure du corps, comprenant les deux membres inférieurs et la portion du tronc située au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. La durée de cette analgésie est d'une heure et demie environ, pendant laquelle le patient conserve sa connaissance entière.

Cette méthode a été appliquée en France pour la première fois dans les opérations, par M. Tuffier, en 1900, qui, depuis, a eu de nombreux imitateurs. Sauf une sensibilité particulière du sujet envers la cocaïne, elle paraît inoffensive.

M. Doleris, frappé des succès de cette méthode, eut l'idée de l'appliquer dans la pratique des accouchements, et en a communiqué cinq observations à l'Académie ; un sixième cas a été également communiqué par M. Dupaigne, de Louveciennes.

De ces faits et de quelques autres semblables, M. Guéniot tire les conclusions suivantes :

L'injection sous l'arachnoïde lombaire d'un centigr. de cocaïne en solution à 1 p. 100 produit une analgésie qui s'étend à toute la portion sous-ombilicale du corps.

Cette injection, pratiquée sur la femme en travail d'accouchement, supprime à la fois la douleur que déterminent les contractions utérines et celle qui est due au passage de l'enfant ; loin d'entraver la marche du travail, elle semble au contraire l'accélérer en donnant aux contractions plus de force et de régularité, et en provoquant chez les parturientes, du fait de l'analgésie, des efforts plus énergiques et plus soutenus.

L'injection, pratiquée avec toutes les précautions d'une asepsie rigoureuse et suivant une technique strictement déterminée, ne semble constituer, du moins jusqu'à ce jour, aucun danger sérieux, soit pour la mère, soit pour l'enfant. En effet, les seuls phénomènes toxiques qui aient été observés à la suite de cette cocaïnisation de la moëlle, sont des crampes ou des tremblements légers dans les membres, une céphalalgie passagère, des vomissements sans gravité et une élévation légère de la température.

Digitized by Google

Comme contre-indications, on doit noter l'existence chez les sujets d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, d'une affection chronique de l'appareil respiratoire ou d'une maladie des centres nerveux ; la rapidité du travail de l'accouchement ou la nécessité d'une intervention manuelle dans la cavité utérine (version, délivrance artificielle...)

Les indications relatives aux accouchements sont : les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui pourraient nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine, la douleur excessive que détermine parfois le travail, la lenteur exagérée de ce dernier, par suite de la faiblesse et de l'irrégularité des contractions, enfin la tendance aux hémorrhagies sous quelque forme que ce soit.

Note sur l'épidémie de peste de Beyrouth. — M. de Brun envoie une étude sur une petite épidémie de peste bubonique qui se déclara dans cette ville en juillet 1900 ; trois sujets musulmans, employés dans une fabrique de confiserie, furent atteints de peste à forme bubonique et guérirent par les injections de sérum de Yersin. Il est probable que le germe contage fut importé d'Alexandrie ou de l'Inde. En terminant, M. de Brun insiste sur la faible contagiosité de cette forme de peste, bien différente de la forme pneumonique par le fait de la présence de bacilles de Yersin en quantité considérable dans les crachats.

Extirpation de la rotule. — M. Berger rapporte un cas d'extirpation de la rotule pour une ostéite chronique de cet os, suivie de la conservation des mouvements du genou et de la restauration des fonctions du triceps fémoral. *(22 janvier).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques maladies du système nerveux — On sait que normalement, chez un sujet sain, le liquide céphalo-rachidien est dépourvu de tout élément figuré. Des recherches récentes, notamment celles de MM. Widal, Sicard et Ravaut, ont montré que dans le cours de la méningite tuberculeuse, ce liquide renferme des éléments figurés (lymphocytes) dus probablement à une irritation des méninges.

Ces mêmes auteurs, d'une part, et M. Monod, d'autre part, ont retrouvé les mêmes lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de paralysie générale et de tabes.

Quatre cas de méningo-myélite, examinés à ce point de vue par MM. Sicard et Monod, ont également permis de constater la présence de lymphocytes et de polynucléaires au sein du liquide céphalo-rachidien.

Ces faits permettent d'entrevoir la possibilité au lit du malade d'interroger directement les méninges et de venir en aide au clinicien dans le diagnostic parfois difficile des méningo-myélites et de certaines maladies qui peuvent les simuler.

Réformes hospitalières. — M. Legendre montre, avec faits à l'appui, la nécessité d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour l'isolement effectif des agités temporaires.

Cette motion est adoptée par la Société *(18 janvier).*

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

La cure photothérapique du lupus érythémateux. — M. Leredde. On se rappelle quel retentissement ont eu les travaux et les communications de Finsen, relatifs à une méthode thérapeutique nouvelle, fondée sur l'utilisation des rayons chimiques du spectre. Dans le traitement de la variole, Finsen supprime toute action de ces rayons sur les régions découvertes de la peau, par l'emploi continu des verres rouges : dans ces conditions, la suppuration est nulle ou presque nulle, les cicatrices sont insignifiantes. Dans le traitement d'affections microbiennes graves, rebelles, Finsen utilise l'action bactéricide de ces rayons, les concentre sur la peau au moyen de lentilles en cristal de roche, en les recueillant soit du soleil, soit d'une lampe à arc de 60-80 ampères. Depuis plusieurs années, il a soigné par cette méthode, indolente, près de 600 cas de lupus tuberculeux, sur lesquels il n'a eu que 2 ou 3 p. 100 d'insuccès. C'est là un résultat extraordinaire, lorsque l'on connaît la gravité du lupus tuberculeux.

Le lupus érythémateux n'est pas moins rebelle à la thérapeutique ; le nombre considérable des traitements mis en œuvre pour le combattre, sans grande efficacité d'ailleurs, en est une preuve manifeste.

La méthode de Finsen, sans donner des résultats parfaits dans cette affection, paraît à M. Leredde supérieure aux autres modes, puisque sur 11 cas de lupus érythémateux, inutilement traités par tous les moyens connus, 3 sont totalement guéris, 4 sont en voie de guérison, et 2 ont été très améliorés par la photothérapie. *(9 janvier).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement de l'appendicite. — M. Poirier résumait en 1899, dans les deux propositions suivantes, la discussion qui venait d'avoir lieu devant la Société, en ce qui concernait l'appendicite aiguë :

1° Il n'y a point de traitement médical de l'appendicite.

2° L'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.

Ces conclusions, qui tout d'abord ne soulevèrent point de protestations, ne sont plus acceptées par bon nombre de membres du corps médical. Un mouvement de réaction contre l'intervention s'est accentué au cours de l'année dernière dans un certain nombre d'esprits médicaux et des meilleurs. M. Poirier s'élève contre cette réaction, car, dit-il, on meurt encore, on meurt beaucoup trop d'appen-

Digitized by Google

dicite; il entend par là que la majorité des cas mortels auraient sans doute guéri s'ils avaient été traités à temps et comme il convient, par une opération bien et largement conduite. La résection de l'appendicite, l'ouverture large et le drainage de la grande cavité péritonéale, lorsqu'elle est infectée, sont les seuls moyens de faire céder l'inflammation ou de s'opposer à sa généralisation.

La statistique des appendicites aiguës opérées par M. Poirier depuis deux ans, confirme cette doctrine.

Rupture traumatique de la rate. — M. Loison communique un cas de rupture de la rate par coup de pied de cheval, sans effraction de la paroi thoraco-abdominale; phénomènes d'hémorrhagie interne, début de péritonite; laparotomie 24 heures après l'accident. On trouve le ventre rempli de sang et une rupture de l'extrémité supérieure de la rate; nettoyage de la cavité péritonéale, tamponnement de la rate avec la gaze aseptique, fermeture avec drainage, guérison 15 jours.

Ligature et suture du foie. — M. Delbet communique un nouveau procédé de ligature et de suture pour assurer l'hématose du foie; il consiste dans le passage au travers du tissu hépatique de fils prenant un point d appui sur des viroles osseuses, qui s'opposent à la section du foie par ces fils, tout en permettant de tenir les surfaces rapprochées, et d'assurer une bonne hemostase. *(23 janvier).*

ACTUALITÉS

En Suède. — Lorsqu'il y a un peu plus d'un an, je fis *pro patriâ* un voyage si bien encouragé ensuite par la superbe indifférence des puissants du jour, je savais que certains Suédois, anciens « Français du Nord », méditaient quelque démonstration inutile et vexatoire à l'égard de notre pays. Donc, je ne suis nullement étonné par le fait suivant qu'un de nos correspondants de la Suède, de l'« Allemagne du Nord », vient de m'annoncer dans une lettre où l'indignation est de trop; car tout s'explique dans notre très bas monde, comme nous le verrons.

Depuis 30 ou 40 ans, le journal médical suédois *Nordisk medicinsk Archiv* publiait en langue française les résumés des principaux travaux contenus dans chaque numéro. La rédaction de ce journal vient de décider — « sans raison », m'écrit notre correspondant trop indigné — que ces résumés seront insérés en allemand, en anglais, *ou* en français. Elle a encore décidé — toujours « sans raison » — que les comptes rendus des Congrès scandinaves et d'autres résumés *seront à l'avenir publiés en allemand.*

Je ne partage ni l'indignation ni même l'étonnement de notre correspondant; car il y a quatre raisons pour expliquer ce coup de pied... dans l'eau.

1° Après la réception grandiose et courageuse faite, hors de France, en certain pays, à un grand et malheureux vieillard encore invaincu, on comprend parfaitement que les sympathies aillent à ceux qui incarnent la fidélité à la parole, la sympathie et la générosité dans le malheur...

2° méd cine française n'existe pas, et ceux qui ont révolutionné la Science au siècle dernier pour le plus grand bien de l'humanité — les Laennec, les Claude Bernard et les Pasteur — sont, paraît-il, d'origine prussienne...

3° Le parti du plus fort, ou de celui que l'on croit le plus fort, est le meilleur... pour l'instant.

4° Tout le monde sait que la langue française est obscure, peu compréhensible, un pitoyable charabia, tandis que la langue allemande est un modèle de précision, de limpidité, de clarté.

Contre ces quatre raisons, il n'y a rien à faire. Passons... Car, heureusement, la plupart des Suédois s'irritent, en braves gens qu'ils sont, contre l'injustice, et condamnent ces mesures vexatoires et inutiles, imaginées par une infime minorité. — H. H.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de pathologie obstétricale, professées par M. P. Bar, prof. agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol chez Carré, 1900. — M. Bar a eu l'heureuse idée de réunir en un volume les leçons qu'il a faites à la clinique Tarnier; c'est la première partie d'un ouvrage qui comprendra quatre parties.

Les leçons comprises dans ce premier volume sont des plus intéressantes, non seulement par la façon magistrale dont elles sont traitées, mais encore à cause de leur actualité; il suffira de les citer pour en montrer toute l'importance, ce sont : Des interventions tour à tour préconisées dans les cas de dystocie par viciation pelvienne; l'opération césarienne conservatrice; sa technique, ses résultats immédiats et éloignés; la symphyséotomie; sa technique, ses résultats; indications relatives par rapport à la section césarienne; l'accouchement prématuré artificiel, ses indications dans les cas d'angustie pelvienne d'origine rachitique; de la conduite à tenir dans les cas de dystocie par viciation pelvienne rachitique.

Toutes ces questions sont traitées à fond; l'auteur y relate les diverses statistiques, les compare et en déduit les indications suivant les cas. C'est un livre du plus haut intérêt que liront avec fruit tous ceux qu'intéresse l'obstétrique.

Maladies des voies urinaires : **Thérapeutique générale, Thérapeutique symptomatique, Médecine opératoire,** par P. Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de la Société de Chirurgie. 1 vol. in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire* (Masson et Cie, éditeurs).

Ce volume du Dr Bazy fait suite à ceux qu'il a déjà publiés sur les maladies des voies urinaires, un premier sur l'*Exploration et le traitement d'urgence*, un second sur la *Séméiologie.*

Ce volume comprend trois parties : Dans la première, l'auteur étudie l'administration et l'emploi des médicaments, ainsi que la thérapeutique générale des voies urinaires. Puis vient l'exposé de la thérapeutique symptomatique et la description des accidents de l'hématurie, de l'infection urinaire, de l'insuffisance urinaire, de la rétention d'urine. Le troisième chapitre est consacré à la médecine opératoire; on y trouve décrites successivement les opérations rénales (néphropexie, néphrotomie, néphrectomie), les opérations à pratiquer sur l'uretère, la vessie, la prostate, l'urèthre. L'auteur traite à la fin de l'anesthésie en chirurgie urinaire.

Ce volume est un véritable vade-mecum du médecin praticien, et rendra les plus grands services à tous ceux qui, sans s'être consacrés spécialement aux maladies des voies urinaires, peu-

Digitized by Google

vent se trouver en présence de cas graves exigeant une intervention.

A. Terson. — **Chirurgie oculaire** (1 vol. in-18 de 540 pages, avec 129 figures. J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1901).

La chirurgie oculaire s'est de plus en plus écartée de la chirurgie générale et aujourd'hui la séparation est, dans la pratique, à peu près complète. Les opérations sur le globe de l'œil surtout présentent un certain nombre de particularités sans analogues en chirurgie générale et nécessitent par conséquent une éducation spéciale. — M. Terson était d'autant mieux préparé pour entreprendre un traité de cette sorte, qu'il fait depuis 1892 un cours de chirurgie oculaire dont le présent ouvrage est d'ailleurs un résumé.

Ce Traité comprend les indications et les procédés opératoires de toutes les affections oculaires (paupières, voies lacrymales, globe de l'œil, muscles, orbite). Les indications opératoires sont faites pour chaque affection à côté des procédés. Elles ont été recherchées, non seulement pour déterminer les cas où l'on doit opérer, mais aussi pour aider au choix du procédé, partout où plusieurs peuvent être employés.

Quant aux procédés opératoires eux-mêmes, tout ce qui a été tenté de raisonnable est exposé. Les procédés anciens sont rapportés d'une façon concise En le faisant, l'auteur n'a pas eu en vue d'en faire une énumération complète, mais simplement de montrer leur évolution. On comprend ainsi l'importance de bien des détails et la raison d'être des procédés qui sont restés. Les méthodes de choix sont exposées minutieusement.

A la fin de l'ouvrage, quelques pages sont consacrées à un plan de travail pour les exercices de médecine opératoire sur le cadavre et sur les animaux, exercices qui sont indispensables à quiconque veut aborder l'œil vivant.

Il s'agit donc d'un excellent ouvrage, mûrement réfléchi, complet et fait à un point de vue absolument pratique. — A. Druault.

Manuel d'histologie pathologique, par les Prs Cornil et Ranvier, publié avec la collaboration des Drs Brault et Letulle, 3e édition entièrement refondue. *Tome I.* Félix Alcan, éditeur.

La troisième édition de cet ouvrage, qui est présentée aujourd'hui au public médical, est en réalité un livre nouveau Les auteurs ont conservé le même plan. Tout chapitre de l'histologie pathologique est précédé du chapitre de l'histologie normale nécessaire à sa compréhension. Les descriptions des lésions à l'œil nu et au microscope ont subi peu de changements : ce qui était bien observé il y a vingt ans est toujours vrai. Mais les additions sont nombreuses pour ce qui concerne la médecine expérimentale et la compréhension générale de la pathogénie.

Pour mener à bien leur entreprise, MM. Cornil et Ranvier ont fait appel à un certain nombre de collaborateurs ; c'est ainsi que le premier volume contient, après les généralités sur l'histologie normale et pathologique et sur l'inflammation, rédigées par eux-mêmes, des chapitres sur les tumeurs par M. Brault, sur les parasites par M. Fernand Bezançon, sur les os et les articulations par M. Maurice Cazin.

Bien que dû à une collaboration, ce livre est homogène et inspiré par une direction unique. Aussi cette édition, si différente qu'elle puisse paraître, est néanmoins la descendante directe et rajeunie de celle de 1881. Elle est enrichie de gravures nouvelles, nécessaires à la compréhension du texte. Elle trouvera sans aucun doute auprès du public médical le même accueil favorable que ses deux aînées.

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes. Le tome II de cet ouvrage paraîtra dans le courant de l'année 1901.

Prophylaxie des maladies évitables. — *Guide pratique à l'usage des instituteurs et secrétaires de mairie*, par le Dr Bedoin, médecin-major de 1re classe. 1 vol. Société d'Editions scientifiques.

« Ce petit livre, dit M. Brouardel dans la préface, expose d'une façon méthodique les mesures à prendre pour préserver une commune ou une famille des maladies contagieuses. Il est d'une clarté et d'une précision parfaites. » Ce jugement est aussi le nôtre. — S. R.

Comment on se défend contre les vers intestinaux, par le Dr Paul Girod (Clermont-Ferrand). Edition médicale française.

Ce petit volume nous donne d'une façon très nette la description des différents vers, tænias, ascaride, oxyure, tricocéphate, auldylostome, anguillule, trichnine ; il nous indique leurs mœurs et les dangers qu'ils font courir à l'homme.

Le côté thérapeutique donne la note pratique.

C'est un petit ouvrage pas encombrant, très utile à avoir sous la main. — H. G.

Memento formulaire des médicaments nouveaux *(avec une table alphabétique des indications)*, par A. Soulier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Une brochure chez Masson, éditeur.

Cette brochure est un supplément au *Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie* du même auteur. Cette quatrième édition renferme de nombreuses additions : par contre, l'auteur a fait disparaître les médicaments mort-nés, à l'exception de quelques-uns d'un grand intérêt chimique.

La rage, par le Dr A Marie, directeur de l'Institut antirabique de Constantinople, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec une préface de M. le Dr E. Roux, membre de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur. *(Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.)* Chez Masson, éditeur.

L'histoire si intéressante de la rage est présentée, dans ce volume, sous une forme concise et claire. Quelques planches y sont reproduites : elles concernent particulièrement les lésions histologiques découvertes récemment par M. Van Gehuchten (de Louvain).

Les travaux de Pasteur et de ses élèves forment la partie capitale du Livre : l'étude du virus rabique, l'immunisation de l'homme et des animaux contre la maladie y sont exposées avec tout le développement que comportent de telles découvertes.

La défense du vin et la lutte contre l'alcoolisme, par le Dr E. Mauriac. Brochure in-8° de 114 pages. Paris, 1901. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, 8. Prix : 2 francs.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. le Dr Chauffard

Néphrite tubéreuse. — Crises épileptiques. Cécité. — Mort. — Autopsie.

La pathologie rénale est une de celles dont la pathogénie reste le plus obscure. Par la clinique, on sait que la néphrite est due à la toxicité sanguine retentissant sur le glomérule du rein, mais où la difficulté commence, c'est quand il s'agit de connaître l'agent toxique. Du reste, le plus souvent plusieurs causes d'intoxication se rencontrent superposées chez le même malade, tel est saturnin et alcoolique, tel autre à la syphilis associe l'alcoolisme et présente dans ses antécédents une fièvre infectieuse, typhoïde ou scarlatine. Quelle est la part de chacun de ces processus qui tous peuvent aboutir à la même manifestation morbide ?

A côté des néphrites où l'élément toxique simple ou complexe est certain, il en est d'autres qui ne présentent aucune étiologie nette et pour lesquelles on est obligé de faire intervenir des conditions hygiéniques défavorables, par exemple le froid humide, qui détermine un trouble humoral dont on n'est averti que par ses manifestations rénales.

M. Chauffard a rapporté, dans une de ses leçons, l'histoire d'une albuminurique de 32 ans, morte dans son service, qui a présenté au cours de la maladie chronique dont elle était atteinte, quelques phénomènes intéressants pour le praticien.

I. Exposé clinique. — Comme antécédents, on note : 1° une fausse couche qui fut accompagnée d'accidents graves : rétention du placenta, phlébite double, pelvi-péritonite ; 2° une bronchite à répétition.

Il y a trois ans, on s'est aperçu qu'elle présentait une quantité notable d'albumine. Quelle pouvait être son origine, la bronchite ou l'infection puerpérale ? Il est plus plausible de penser que la néphrite fut consécutive à l'infection utérine, qui, assez intense pour occasionner une phlébite double et des accidents péritonéaux, a pu avoir un retentissement humoral suffisant pour léser le rein.

Bien que n'étant connue que depuis trois ans, cette néphrite doit être de date plus ancienne, elle a dû évoluer insidieusement, et ce qui le prouve, c'est qu'il survint des accidents que l'on ne rencontre guère que dans les néphrites très anciennes : des crises épileptiformes.

Brusquement, la malade tombe, se mord la langue, a des mouvements cloniques, une écume rosée vient aux lèvres, puis elle tombe dans le coma. Au début, ces crises ne parurent guère que tous les mois, puis leur nombre s'accrut, et, à son entrée à l'hôpital elles survenaient jusqu'à deux fois par semaine.

Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème blanc, l'abdomen contient un peu de liquide. Aux deux bases pulmonaires, quelques râles de congestion et d'œdème, à gauche un peu de liquide dans la plèvre. Le ventricule gauche est hypertrophié, il y a une ébauche de bruit de galop. L'artériosclérose est telle qu'il fut impossible de prendre la tension artérielle. Les urines sont peu abondantes, troubles, contiennent beaucoup d'albumine ; l'examen microscopique après centrifugation permet de reconnaître la présence de globules blancs, de cylindres granulo-graisseux et de cylindres hyalins.

II. Discussion. — Un point important à fixer était la nature de ces attaques épileptiformes, était-ce une épilepsie de nature urémique, ou épilepsie idiopathique tardive.

Le diagnostic différentiel entre les phénomènes épileptiques et urémiques est difficile. On a prétendu que le cri initial, que la position spéciale du pouce fléchi dans la paume de la main étaient symptomatiques de l'épilepsie vraie, il n'en est rien et ces phénomènes ont été signalés dans les attaques éclamptiques. On a voulu tirer un argument différentiel de l'état de la température au cours des attaques, l'état de mal épileptique s'accompagnerait d'élévation de la température, l'éclampsie d'hypothermie. Cette distinction n'est pas absolue et l'on a constaté des attaques d'éclampsie fébriles.

La principal argument qui, dans le cas actuel puisse être invoqué en faveur de l'épilepsie, c'est la fréquence des attaques, survenant tous les mois, toutes les semaines, puis plusieurs fois par semaine ; généralement les crises éclamptiques sont beaucoup plus espacées.

Contre l'épilepsie, on peut dire qu'il est bien rare de voir survenir les attaques de mal comitial à un âge aussi avancé. Passé une vingtaine d'années, les crises épileptiques sont presque certainement symptomatiques, dues soit à la syphilis cérébrale, soit à l'urémie. Chez cette femme, nulle trace de syphilis ; albuminurie intense, donc crises urémiques possibles.

Cependant, ce ne sont là que probabilités, et il était permis d'hésiter jusqu'au jour où la malade présenta une crise dans le service même et que la température aidant la clinique le diagnostic fut fermement établi.

III. Marche de la maladie. — Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade présente une complication soudaine ; brusquement, sans symptômes prémonitoires, elle perdit la vue.

Les troubles de la vision sont fréquents dans l'albuminurie chronique, mais ils ne surviennent géné-

Digitized by Google

ralement pas avec cette soudaineté, la vue s'affaiblit peu à peu et la malade arrive à la cécité.

Au point de vue de la lésion, toutes les parties de l'appareil de la vision peuvent entraîner la cécité. Le tractus optique se composant de 1° Une partie périphérique qui reçoit les sensations : la rétine; 2° des voies de conduction : nerf optique, chiasma, bandelettes optiques, tubercules quadrijumaux, bandelette visuelle; 3° une partie centrale perceptrice : pointe du lobe occipital, cuneus, pli courbe.

Une cécité subite peut être occasionnée :

1° Par une lésion double symétrique siégant au niveau de la rétine. C'est ce qui arrive dans la rétinite albuminurique. A l'examen ophtalmoscopique, on trouve une papille nuageuse, à bords indistincts; les veines dilatées et tortueuses. On remarque des taches hémorrhagiques et d'autres blanches ; ces dernières sont dues soit à l'altération des fibres nerveuses, gonflées et variqueuses, soit à une dégénérescence granulo-graisseuse des couches glandulaires de la rétine. La macula présente des lignes blanchâtres partant de la fovéa, semblables à des rayons de roue de voiture, causées par la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres radiées qui convergent vers la fossette centrale. Ces lésions sont progressives et jamais subites. Du reste, l'examen ophtalmoscopique de la malade de M. Chauffard donne un résultat négatif, l'œil était sain dans toutes ses parties.

2° Par une lésion unique siégeant au niveau des voies de conduction et entraînant des troubles bilatéraux, c'est-à-dire au niveau du chiasma. Aucune raison ne permettait de le supposer.

3° Par une lésion double des centres nerveux corticaux. L'action est différente suivant que la lésion porte sur la zone sensorielle ou la zone psycho-motrice Pour la zone sensorielle, si le centre est supprimé, l'amaurose est complète. Pour la zone psychomotrice, il y a des troubles oculaires sous forme d'attaques. Si seulement un seul côté du cerveau est touché on constatera de l'hémianopsie latérale homonyme, conséquence de la semi-décussation du nerf optique dans le chiasma.

Dans ce cas, M. Chauffard pense que la cécité subite provenait de l'inhibition des centres nerveux optiques corticaux qu'il a déjà été à même de constater chez une autre malade qui, prise d'éclampsie, resta aveugle pendant trois jours, et, la crise passée, récupéra l'intégrité complète de la vision. Il s'agissait donc d'une véritable cécité urémique. Du reste, le fait suivant prouve l'exactitude du diagnostic.

Une heure environ après l'examen, la malade fut prise d'une grande attaque éclamptique, on lui fit une saignée massive de 700 grammes et non seulement l'attaque cessa, mais, en moins de 24 heures, tous les troubles visuels avaient disparu

Une objection est possible : l'attaque éclamptique pouvait n'être qu'une attaque d'épilepsie et les troubles visuels pouvaient constituer l'aura sensorielle qui a été signalée parfois dans le mal comitial. Ce n'est pas l'avis de M. Chauffard qui fait remarquer que dans les épilepsies à aura sensorielle il y a toujours excitation du centre frappé. Quand il s'agit du centre de la vision, la malade voit des points lumineux rouges ou dorés, circonstance qui n'a pas existé dans le cas actuel et n'a jamais été notée dans l'inhibition toxique des centres nerveux. D'autre part, le traitement par la saignée, traitement de choix des attaques éclamptiques, a fait disparaître les phénomènes observés, ce qui ne serait certes pas arrivé s'il s'était agit d'épilepsie vraie.

Le fait de la cécité subite au cours de la néphrite est d'un pronostic très grave, car elle indique une profonde imprégnation toxique de l'organisme. Du reste, la malade, bien que soulagée par la saignée, ne tarda pas à succomber. L'ascite augmenta, six litres de liquide environ furent retirés de l'abdomen, l'épanchement pleural nécessita une ponction (600 grammes de liquide), enfin survint un œdème parenchymateux du poumon qui entraîna la mort.

III. Autopsie. — Epanchement pleural double, à gauche adhérences fibreuses, à droite un peu de liquide citrin, donc hydrothorax droit, pleurésie gauche.

Poumons ne présentant pas de lésions tuberculeuses, au sommet, un peu d'induration due à une légère sclérose péri-bronchique due sans doute à la bronchite chronique.

Le cœur pèse 410 grammes, les parois ventriculaires gauches sont épaissies.

Les reins présentent une dissemblance complète ; le rein droit pèse *quinze grammes*, le rein gauche 150 grammes.

a) *Rein droit.* A la coupe, la substance corticale se présente sous l'apparence d'une lame d'à peine un millimètre d'épaisseur. Sur la section, on constate la lumière d'artères volumineuses. Le volume extrêmement réduit de ce rein pourrait faire penser à une atrophie congénitale de la glande. Cependant, il n'en est rien, et le volume des artères qui certes eussent pu appartenir à un rein de volume normal en est une preuve. Il s'agit donc bien d'un rein atrophié par sclérose.

b) *Rein gauche.* Quoique beaucoup plus volumineux que le droit, il est cependant atrophié ; il se décortique assez facilement, et présente une surface mamelonnée, à saillies tubéreuses variant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un grain de chénevis, les plus volumineuses au voisinage des pôles. — L'ensemble du rein est pâle, les saillies sont blanchâtres.

Digitized by Google

Sur la coupe, l'épaisseur de la couche corticale est diminuée de deux tiers environ. Le parenchyme est ferme, élastique, en état d'induration scléreuse manifeste.

Cette malade présentait donc les lésions de néphrite que M. Chauffard a proposé de désigner sous le nom de néphrite tubéreuse.

Histologie. — Pour la totalité du rein droit et les parties atrophiées du rein gauche, les préparations montrent une nappe scléreuse diffuse. La lumière des *tubuli contorti* est remplie par des cylindres hyalins, les glomérules sont atrophiés et présentent de la symphise glomérulaire. Ce sont là des parties du rein irrémédiablement perdues.

Une préparation, faite avec les parties non atrophiées du rein gauche, montre les glomérules hypertrophiés ; les tubuli contorti dilatés ont conservé leur épithélium mais aplati par la distension même du canal. Ces parties du rein étaient aptes encore à remplir leur office, et l'hypertrophie dont elles sont le siège est une hypertrophie de compensation.

Ces constatations nécropsiques n'ont pas simplement la valeur d'une curiosité anatomo-pathologique, mais présentent aussi un intérêt clinique. Elles nous montrent comment cette malade, grâce à la suppléance fonctionnelle des parties saines de son rein, a pu vivre pendant trois ans au seuil de l'urémie ; elle n'y entrait que peu à peu et la fréquence croissante de ses attaques éclamptiques le prouve.

Pour une malade semblable quel est le rôle du médecin ? Ce qu'il doit diagnostiquer, ce n'est pas seulement l'existence de la maladie, c'est la nature et l'étendue de la lésion et le pronostic, toujours grave, ne dépend pas tant de la lésion même que de la conservation de l'intégrité fonctionnelle des parties rénales encore saines.

Donc, la principale préoccupation du médecin doit être de porter son action sur les parties rénales encore perméables et de favoriser le maintien de leur intégrité fonctionnelle de manière à retarder le moment où, la totalité du rein étant envahie par le processus morbide, les accidents urémiques et généraux entraîneront une issue fatale.

CLINIQUE INFANTILE

De quelques syndromes arthritiques chez les enfants.

Par M. J. Comby
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Les troubles permanents de la nutrition qui constituent l'arthritisme, si bien étudiés par le professeur Ch. Bouchard, sont le plus souvent héréditaires et familiaux. La diathèse se transmet des parents aux enfants, exaltée ou atténuée suivants les hasards des croisements et les conditions plus ou moins favorables de la procréation.

Mais toujours, quand on examine attentivement les enfants des arthritiques, on retrouve chez eux, avec des modalités diverses, les stigmates du tempérament morbide qu'ils ont reçu de leurs ascendants. Je n'ai pas l'intention d'exposer, dans leur ensemble, toutes les manifestations arthritiques que les enfants peuvent présenter. Parmi ces manifestations, quelques-unes sont bien connues et bien décrites par les auteurs ; ce sont celles que l'âge n'influence que dans une faible mesure : l'asthme, la migraine, le diabète, l'obésité, etc. Tout au plus essaierai-je de faire l'inventaire, de donner la nomenclature des nombreuses localisations ou expressions cliniques que l'arthritisme peut présenter dans le jeune âge.

Mon intention surtout est d'insister sur trois paroxysmes peu connus, et pourtant saisissants, de ce protée pathologique qui fait si souvent échec au diagnostic et à la thérapeutique.

Avant de décrire ces trois grandes manifestations qui s'appellent la *céphalalgie arthritique*, le *vomissement périodique* et la *fièvre uricémique*, je rappellerai en quelques lignes les autres troubles morbides d'origine arthritique qu'il m'a été donné d'observer.

Outre les modifications plus ou moins appréciables de l'habitus extérieur et de l'état général (pâleur, anémie, lymphatisme, développement exagéré des ganglions, etc.), nous pouvons rencontrer des troubles fonctionnels ou des lésions de la plupart des appareils organiques.

1° *Système nerveux :* excitation cérébrale, convulsions, terreurs nocturnes, céphalalgies et migraine, douleurs névralgiformes, neurasthénie.

Appareil respiratoire : coryzas à répétitions, rhume des foins, épistaxis, laryngites spasmodiques, bronchites asthmatiformes, asthme vrai, végétations adénoïdes.

3° *Appareil circulatoire* : palpitations, tachycardie et arythmie, souffles inorganiques, symptômes d'hypertrophie du cœur, ralentissement du pouls, lipothymies et syncopes, œdèmes localisés, troubles vaso-moteurs.

4° *Tube digestif et annexes :* perversions de l'appétit, anorexie ou boulimie, pica et malacia, géophagie, dyspepsie atonique et dilatation de l'estomac, vomissements, coliques intestinales, constipation, poussées d'entérite muco-membraneuse, sable intestinal, prédisposition à l'appendicite, engorgement du foie, subictère.

5° *Organes génito-urinaires* : rein mobile, albuminurie intermittente, variable, orthostatique, familiale, polyurie et pollakiurie, incontinence d'urine,

Digitized by Google

spasme de la vessie, lithiase rénale et vésicale (coliques néphrétiques), glycosurie, cystite et urétrite, vulvite amicrobienne.

6° *Appareil locomoteur* : rein mobile, albuminurie intermittente, variable, orthostatique, familiale, polyurie et pollakiurie, incontinence d'urine, spasme de la vessie, lithiase rénale et vésicale (coliques néphrétiques), glycosurie, cystite et urétrite, vulvite amicrobienne.

6° *Appareil locomoteur* : arthralgies et arthrites uricémiques, rhumatisme musculaire, ostéalgies.

7° *Téguments* : hyperidrose, générale ou locale, poussées d'urticaire, prurigo chronique, lichen, eczéma arthritique, œdème aigu des paupières (Galliard).

Cette liste, pour longue qu'elle paraisse, n'est certainement pas complète, et elle exigerait des commentaires que je ne puis donner aujourd'hui sans abuser de votre patience.

I. Céphalalgie périodique. — La céphalalgie paroxystique des enfants arthritiques a été étudiée par mon élève, le Dr Caussade, dans sa thèse (*De la céphalalgie uricémique chez les enfants*, Paris, 1900). Elle constitue un phénomène des plus pénibles qui préoccupe beaucoup les parents et conduit parfois à une suspension plus ou moins prolongée de la vie scolaire.

La *céphalalgie de croissance* du Dr R. Blache rentre en grande partie dans cette classe des céphalées arthritiques, qui comportent d'assez nombreuses variétés individuelles.

C'est dans la seconde enfance, à huit, dix, douze, quatorze et quinze ans, qu'on observe ce syndrome, chez les filles comme chez les garçons, peut être avec plus de fréquence chez ces derniers.

Tantôt c'est une céphalalgie frontale, excessivement pénible, qui dure peu, mais se reproduit fréquemment, parfois tous les jours; tantôt c'est une douleur moins étroitement localisée, mais peu durable, persistant pendant trois, quatre jours, et revenant par excès toutes les cinq à six semaines ; ailleurs, c'est une sorte de fulguration douloureuse qui arrête l'enfant au milieu de ses jeux ou de ses cours et le force à les interrompre immédiatement.

Cependant ces douleurs céphaliques ne s'accompagnent pas de fièvre, ni de nausées, ni de vomissements. Elles ne ressemblent ni au vomissement périodique décrit plus loin, ni à la migraine. Cela ne veut pas dire que les enfants ne présenteront pas un jour ou l'autre ces syndromes un peu différents, mais de parenté étroite. Il peut y avoir succession, transmutation, substitution ; mais tant que cette évolution de la diathèse n'est pas accomplie, la distinction s'impose.

Telles qu'elles sont, les douleurs arthritiques dont il s'agit entraînent un certain trouble de l'état général. L'enfant est souvent préoccupé de son état, il est moins ardent au travail, il voit ses aptitudes intellectuelles diminuer. Les parents effrayés, entrevoient des accidents cérébraux plus graves, la méningite, etc. Mais rien de tout cela n'est à craindre.

A la longue, les accidents s'atténuent, disparaissent, et la guérison s'affirme à la suite d'un traitement approprié. Ce qui permet de porter un pronostic bénin en pareil cas, c'est l'étude des antécédents héréditaires des petits malades. On ne tarde pas à voir qu'il s'agit d'arthritisme plus ou moins accusé. L'enquête révèle chez les parents la goutte, le diabète, la migraine, l'asthme, la gravelle, l'eczéma, etc.

II. Vomissement cyclique. — Parmi les syndromes arthritiques de l'enfance, il n'en est pas de plus émouvant que le vomissement périodique ou cyclique, dont un de mes élèves, le Dr Solélis, a fait le sujet de sa thèse inaugurale (Paris, 1899).

Ce syndrome n'est pas rare, et en voici les traits principaux :

Un enfant de sept, huit, dix, douze ans, est pris brusquement, au milieu de la santé, sans prodromes ou après des malaises insignifiants, de vomissements incoercibles. Il rend d'abord ses aliments, puis des glaires, de la bile, et tout ce qu'on veut lui faire ingérer. Autour de ce syndrome capital qui va durer, avec plus ou moins d'intensité, pendant deux, trois, quatre, huit jours, se groupent d'autres symptômes moins bruyants et moins constants. C'est d'abord la fièvre, qui existe dès le début et qui peut atteindre un niveau élevé. Le plus souvent, elle est modérée et ne dépasse pas 39 degrés. C'est ensuite la céphalalgie, qui existe dans quelques cas, mais qui manquent dans la plupart. C'est l'agitation, la stupeur, l'abattement, parfois le délire, les convulsions qui font penser à la méningite. C'est enfin la constipation, qui fait rarement défaut.

Le ventre, loin d'être ballonné, est plutôt plat et excavé, sans dureté, sans point spécialement douloureux, sans foyer inflammatoire.

L'abattement, la prostration, la faiblesse du pouls et du cœur, l'algidité périphérique, l'amaigrissement rapide et effrayant, parfois une dyspnée *sine materia* qui évoque les dyspnée toxiques ou bulbaires, jettent l'effroi dans l'entourage des malades. Quoiqu'on ne puisse affirmer l'existence ni d'une appendicite ni d'une occlusion intestinale, ni d'une méningite, ni d'un empoisonnement accidentel, la gravité de l'état général semble justifier toutes les alarmes.

Puis tout à coup, l'enfant renaît, il tolère quelques boissons, le vomissement cesse ; les forces reviennent

Digitized by Google

graduellement et la convalescence s'établit avec une rapidité étonnante.

La crise est terminée ; l'enfant a un répit de quelques mois, après lequel il présente un nouvel accès plus ou moins violent, plus ou moins long que le précédent.

Dans l'intervalle, santé parfaite. On a vu, par les observations que j'ai rapportées, que les malades étaient tous de souche arthritico-nerveuse. Il n'y a peut-être pas d'observations dans lesquelles fassent défaut les antécédents héréditaires arthritiques. Cette notion étiologique ne doit pas être perdue de vue.

Elle nous permet de comprendre et de classer le syndrome bruyant que nous venons de décrire. Ces accès périodiques de vomissements incoercibles qui se montrent à l'improviste sans aucune provocation, qui cessent tout à coup, sans se laisser influencer par aucune médication, ne rappellent-ils pas les autres grands paroxysmes de la diathèse arthritique comme eux périodiques, comme eux secondaires, comme eux cycliques, comme eux indifférents aux agents thérapeutiques?

N'invoquent-ils pas, ces vomissements cycliques, les accès de goutte articulaire, les accès d'asthme, les accès de migraines, etc.?

Et de fait, ils ne sont pas destinés à durer dans la forme même où ils se présentent aujourd'hui ; ils évolueront, ils se transformeront, et si nous suivons nos petits malades, nous les verrons plus tard délivrés de ces vomissements, mais pour passer sous le joug de manifestations non moins pénibles et désobligeantes, l'asthme, la goutte, la migraine, etc.

Ces transmutations démontrent amplement la parenté de tous ces désordres et nous permettent de les rattacher au même trouble nutritif, à la même diathèse, à l'arthritisme.

Il faut que le médecin d'enfants soit averti une fois pour toutes, pour être en mesure de faire un diagnostic, et, partant, d'instituer une thérapeutique rationnelle et une prophylaxie valable.

III. Fièvre arthritique. — Plus rare et moins étrange que le *vomissement cyclique* apparaît la fièvre arthritique ou uricémique, dont je revendique la première description, et dont je ne pourrais fixer définitivement les traits à cause du petit nombre de cas qu'il m'a été donné d'observer.

Telles sont les allures générales de la fièvre arthritique des enfants. Ce syndrome des plus curieux, débute dans la seconde enfance ; mais il peut aussi s'annoncer dès le berceau. Il présente absolument la marche de la fièvre intermittente quotidienne et fait tout à coup incriminer le paludisme. La quinine est prescrite, elle reste sans aucun effet. L'enfant est éloigné des centres paludéens ou soupçonnés tels, et les accès reviennent avec la même périodicité.

Un jour, l'étude attentive de l'enfant et de ses antécédents héréditaires, l'apparition imprévue d'un accident arthritique classé et significatif, vient éclairer le diagnostic. Alors, on songe à la diathèse, on parle d'uricémie, de goutte larvée, et on essaie de modifier par le régime et par l'hygiène le tempérament de l'enfant.

Les bienfaits de cette thérapeutique nouvelle ne se font pas attendre, l'état général s'améliore, les accès s'éloignent, et l'on ne peut pas se vanter d'avoir guéri la diathèse, on a de bonnes raisons de croire que l'on a juste et qu'on pourra enfin pallier, atténuer, sinon supprimer complètement les accidents,

Tels sont les trois grands syndromes que j'ai voulu détacher et mettre en relief dans le champ touffu de l'arthritisme infantile. Ils sont loin d'être les seuls, mais certainement, ils figurent parmi les plus trompeurs et les plus difficiles à comprendre.

Leur pathogénie est assez difficile ; j'ai cherché du côté des urines la raison de ces décharges soudaines et périodiques qui rappellent les grandes intoxications. J'avoue franchement que je ne suis pas en mesure de donner la *formule urologique* des syndromes arthritiques.

Chez plusieurs enfants, j'ai noté la densité élevée, l'azoturie, la proportion exagérée d'acide urique, parfois l'albuminurie légère et fugace, Mais chez quelques autres, les résultats de l'analyse chimique ont été différents.

L'acide urique, qu'on a incriminé avec raison dans la goutte, la gravelle et les affections analogues, passe aujourd'hui pour n'être que peu ou pas toxique, et l'on a voulu faire jouer le premier rôle aux corps alloxuriques tels que la xanthine, la paraxanthine. Quel que soit le rôle dévolu à ces agents ou à d'autres que nous ne connaissons pas encore, il est certain que les troubles fonctionnels remarquables précédemment étudiés dépendent de troubles profonds de la nutrition générale, probablement de graves auto-intoxications, et qu'ils sont unis par un lien étroit avec toutes les autres manifestations de la diathèse arthritique.

Je demande la permission de terminer par quelques mots de traitement et de prophylaxie.

Le traitement des syndromes décrits plus haut, appliqué aux paroxysmes eux-mêmes, est purement palliatif. Quoi qu'on fasse la crise évolue suivant son mode habituel et ne cesse qu'après avoir parcouru son cycle. Mais on peut soulager le malade dans une certaine mesure par une hygiène bien comprise. On conseillera le repos au lit, l'usage des boissons

Digitized by Google

aqueuses, les bains tièdes et les applications froides (drap mouillé), suivant les cas, les lavements d'eau bouillie, les injections de sérum artificiel dans les cas graves.

Bien plus important et bien plus digne d'attention est le traitement prophylactique des accidents. Il comprend tout un ensemble de moyens destinés à prévenir le retour des accidents, à en éloigner les échéances, à en atténuer l'intensité.

Ce traitement qui emprunte ses meilleures armes à l'hygiène, est simplement le traitement de l'arthritisme appliqué à l'enfance.

Les enfants de souche arthritique, quand la tare héréditaire est profonde, doivent être traités avant l'explosion des grands accidents. Ils doivent être élevés au grand air ; on doit éviter pour eux la sédentarité, le surmenage scolaire, l'air confiné. Il faut de bonne heure leur inspirer le goût des exercices physiques et des jeux en plein air, des bains, des douches, des frictions cutanées, de la gymnastique suédoise et du massage. Bref, l'hygiène du poumon, de la peau, des muscles doit être particulièrement soignée. Mais le régime alimentaire a plus d'importance encore. L'enfant arthritique doit être en grande partie végétarien et buveur d'eau. Il faut interdire l'abus des viandes et surtout des viandes de boucherie, et recommander les farineux, les légumes secs et verts, les fruits cuits, le lait, les œufs, les poissons et viandes blanches, etc. Eviter les repas multipliés et la suralimentation ; grande régularité et sobriété absolue. Pas de vin pur ni boisssons alcooliques. Combattre la constipation quand elle existe. Faire de temps à autre, et suivant les indications, de petites cures alcalines : bicarbonates de soude ou de potasse, citrate de potasse, benzoate ou carbonate de lithine, eau de Vichy ou de Pougues.

Parmi les stations thermo-minérales à recommander contre les manifestations arthritiques que j'ai eues spécialement en vue, et aussi contre celles que je n'ai fait qu'énumérer, il faut citer en premier lieu les *alcalins*, puis les *chlorurés sodiques* chaudes et froides, et enfin les *arsenicales* et les *sulfureuses* (1).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Epilepsie bravais-jacksonienne et convulsions généralisées avec hémiplégie droite chez une hérédo-syphilitique de 15 mois. Guérison par les frictions mercurielles

Par M. P. Le Gendre, *Médecin de l'Hôpital Tenon*

Une petite fille de 15 mois, que j'avais soignée antérieurement pour des troubles dyspeptiques, fut prise subitement, le 21 octobre, de convulsions. Avant mon arrivée, les crises s'étaient déjà produites plusieurs fois et mon confrère le Dr Isch Wall avait bien voulu lui donner les premiers soins.

Quand je vins, l'enfant était dans un sommeil profond qui avait succédé aux crises et qui avait été provoqué par une potion calmante. Aux questions que je posai sur la manière dont les mouvements convulsifs s'étaient produits, il me fut répondu qu'ils étaient généralisés à tous les muscles du corps y compris ceux de la face, mais que cependant ils étaient plus violents du côté droit.

L'enfant s'étant éveillée, je l'examinai et constatai une hémiparésie droite, plus accentuée à la jambe qu'au bras.

La sensibilité était intacte. Les réflexes patellaires étaient exagérés et je constatai nettement le signe de Babinski (extension des orteils provoquée par le chatouillement de la région plantaire).

Les pupilles étaient contractées, immobiles sous l'influence de la lumière bien que l'enfant vît nettement les personnes qui l'entouraient, ainsi qu'en témoignait sa mimique. Pendant que je poursuivais mon examen, je m'aperçus qu'une crise nouvelle allait commencer, et j'en pus saisir les diverses phases tout à fait caractéristiques : le membre inférieur droit fut d'abord agité de petits mouvements de flexion et d'extension de plus en plus rapides dans ses divers segments; peu après, des mouvements analogues, mais d'une moindre étendue, se manifestèrent au membre inférieur droit ; l'enfant avait son regard normal et conservait certainement sa pleine connaissance, sa figure exprimait même la crainte; elle « assistait à sa crise ».

Les mouvements cloniques unilatéraux des membres continuèrent ainsi quelques minutes avec de courtes interruptions, puis quelques grimaces se manifestèrent à la face, d'abord à droite, puis à gauche ; à ce moment les globes oculaires se convulsèrent en nystagmus vertical et enfin des convulsions apparurent aux membres du côté gauche, sans atteindre cependant la même intensité qu'à droite. Les muscles abdominaux et ceux du tronc furent aussi intéressés légèrement et passagèrement. Il y eut une émission brusque d'urine. Puis la crise prit fin par une courte période stertoreuse, après lequelle je pus vérifier la permanence d'une hémiplégie du côté droit.

Ainsi je pus me convaincre que la crise d'éclampsie débutait bien nettement de la manière de l'épilepsie bravais-jacksonienne et que les convulsions généralisées, qui seules avaient frappé la famille, ne constituaient que la phase terminale de l'accès. Cette constatation me permit de penser qu'il y avait une zone d'excitation corticale nettement limitée, ce qui

(1) Soc. med. Hop.

Digitized by Google

n'était pas sans importance au point de vue du diagnostic étiologique. Il n'y avait aucune élévation de température (37°5 rectale).

L'enfant était une petite fille d'une extrême pâleur, mais non amaigrie ; les membres ne présentaient pas de déformations; mais le crâne était nettement natiforme. Elle n'avait pas eu de retard dans la marche ; mais sa dentition avait été lente ; le foie et la rate ne présentaient aucune hypertrophie. Il y avait de la micropoliadénopathie. Je savais qu'elle était née prématurément et mon collègue Babinski, qui avait soigné le père pour une affection nerveuse, m'avait confié qu'il était syphilitique.

En raison de cette confidence, et pensant que l'anémie qu'elle présentait était en rapport avec l'influence hérédo-syphilitique, quoiqu'aucune lésion spécifique ne se fût manifestée ni sur les téguments, ni sur les muqueuses et qu'il n'y eût aucune cicatrice suspecte, j'avais à deux reprises pendant l'été fait donner de la liqueur de Van Swieten, notamment une fois où je l'avais vue à Rueil avec mon ami le Dr Lavie à l'occasion d'un évanouissement de courte durée suivi de 2 ou 3 vomissements. Mais le tube digestif ne parut pas s'accommoder de la liqueur de Van Swieten et on y renonça, d'autant plus que cet incident s'était passé au moment des chaleurs accablantes et que l'enfant avait paru surtout incommodée par l'éruption d'un groupe dentaire et que, les dents une fois sorties, l'enfant avait retrouvé appétit, digestion et gaieté. Si bien que, quelques jours avant l'épisode convulsif actuel, je l'avais trouvée, pâleur à part, en fort bon état.

Quoi qu'il en soit, l'hésitation n'était pas permise. Je fis pratiquer aussitôt des frictions avec 2 grammes d'onguent napolitain chaque jour, en même temps que 1 gramme d'iodure de potassium était administré en lavement et en suppositoire. Du calomel avait été déjà donné à dose purgative.

Je priai M. Babinski de venir voir l'enfant avec moi le lendemain.

Il fit la même constatation que moi, il admit une lésion nettement localisée sans oser affirmer que la syphilis fût en cause, l'hypothèse d'un tubercule cérébral, d'une tumeur de nature indéterminée ne pouvant être rejetée ; il approuva complètement mon traitement. L'enfant avait eu encore dans la journée plusieurs heures de convulsions plus ou moins généralisées, mais à début toujours nettement jacksonien. L'éventualité d'une intervention chirurgicale, au cas où, malgré le traitement, les accidents persisteraient, fut envisagée et rejetée comme n'offrant pas, dans un si jeune âge, assez de chances de succès.

Aucune amélioration ne s'étant produite au bout de 48 heures, les accès se succédant avec de courts intervalles de répit, malgré l'élévation de la dose de bromure associée au traitement, malgré les bains tièdes qui, loin d'amener une amélioration, paraissaient provoquer les accès comme tout mouvement, comme la lumière et le bruit, je priai M. Comby de s'adjoindre à moi.

Celui-ci fut d'avis de persévérer dans la médication, en adjoignant le chloral au bromure, et se montra comme moi fort inquiet sur l'issue de ce cas.

Et en fait, les jours suivants, pendant une longue semaine, la situation, loin de s'améliorer, parut s'empirer ; car la fièvre s'alluma, irrégulière, montant jusqu'à près de 40°, mais redescendant plusieurs fois par jour et en rapport avec le plus ou moins grand nombre des accès convulsifs, en rapport aussi, je pense, avec l'entéro-colite que provoquèrent les lavements médicamenteux.

J'avais fait maintenir de la glace en permanence sur la tête et je craignais à chaque instant de voir apparaître quelques symptômes caractéristiques de méningite; mais le pouls restait rapide, il n'y avait d'irrégularité qu'au moment des accès éclamptiques, le ventre ne se creusait pas. Il y eu quelques vomissements, mais ils étaient toujours expliqués par un trouble digestif et n'avaient pas le caractère des vomissements cérébraux ; il n'y eut pas de strabisme, ni d'inégalité pupillaire. L'administration des médicaments par le rectum produisit, au bout de quelques jours, de la colite glaireuse qui fut combattue par des lavements de camomille chauds boratés.

Cependant, vers le dixième jour, une diminution put être constatée dans les accès qui devinrent moins nombreux et moins intenses, laissant à l'enfant plusieurs heures de répit. Enfin, à partir du 3 novembre, c'est-à-dire 14 jours après le début, il n'y eut plus aucune convulsion, la jambe droite esquissa quelques mouvements spontanés, les mouvements du bras ne reparurent qu'un peu plus tard ; la fièvre était tombée. Elle avait eu 28 frictions mercurielles (56 grammes d'onguent avaient été employés). L'enfant recommença à prendre des boissons nutritives; pendant plusieurs jours elle n'avait toléré que de l'eau d'Evian et des lavements de lait.

La convalescence s'opéra avec une rapidité surprenante; deux semaines après la fin des convulsions, l'enfant pouvait se tenir sur ses jambes et ne tardait pas à marcher, à peine soutenue, puis seule ; elle remuait son bras droit, mais était encore malhabile. Au bout d'un mois, tout parut être rentré dans l'ordre. Je fis continuer les frictions mercurielles à dose d'un gramme seulement par jour pendant deux semaines encore : puis on suspendit deux semaines pour reprendre ainsi méthodiquement par cures successives. L'iodure avait dû être suspendu après quinze jours d'administration ; il n'était supporté ni par l'estomac, ni par l'intestin.

Digitized by Google

Quelles réflexions suggère ce cas d'éclampsie syphilitique ?

Il est indiscutable, par suite de l'allure clinique, qu'il s'agissait d'une lésion étroitement circonscrite à la zone rolandique gauche. On ne peut nier non plus que la guérison ait été due au traitement, puisqu'elle a commencé à se produire seulement après 14 jours de traitement intensif et qu'à partir de ce moment elle s'est accélérée avec une rapidité qui ne s'observe guère que dans les lésions syphilitiques soumises au traitement. Mais quelle était la lésion : une gomme, une plaque de méningite, un foyer d'encéphalite ? Je me garderai bien de rien affirmer. Dans le cas présent, le diagnostic étiologique le plus vraisemblable était la syphilis, par suite des renseignements que j'avais recueillis sur le passé paternel, l'accouchement prématuré ; la seule signature objective était la déformation natiforme du crâne.

Je pense que, dans les cas d'éclampsie infantile, on n'institue pas toujours assez énergiquement la médication mercurielle. Les frictions, en particulier, sont un moyen puissant qu'il serait toujours prudent de mettre en œuvre dans tous les cas d'encéphalopathie à diagnostic incertain. *(Soc. de Pediatrie.)*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

NOUVEAUX REMÈDES

Gaïakinol. — Ce nom a été donné, par M. Castel, au bromo-gaïacolate neutre de quinine.

La composition de ce corps vérifiée par l'analyse donne pour 100 parties de sel 48,79 de quinine, et 18,67 de gaïacol cristallisé. Il se présente sous la forme de cristaux lamellés d'une belle couleur jaune.

Sa solubilité dans l'eau et les liquides aqueux est très grande ; il est également très soluble dans l'alcool et la glycérine, et à peu près insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Le gaïakinol paraît doué de propriétés thérapeutiques très remarquables, car il bénéficie de la façon la plus heureuse des qualités à la fois antiseptiques, analgésiques et antithermiques de ses composants. Sa grande solubilité dans les liquides aqueux permet la diffusion rapide et complète du gaïacol à travers l'organisme en même temps que se produit un notable abaissement de température. Il est de plus sans action nocive. Des expériences pratiquées sur les animaux par M. Castel, il résulte que la dose mortelle est d'au moins 1 gramme pour un animal pesant 2 kilogrammes. D'après sa composition et ses propriétés, ce médicament nous paraît digne d'attirer l'attention et nous pensons, avec M. Castel, qu'il est susceptible de rendre des services, surtout dans les affections des voies respiratoires.

Le gaïakinol mériterait aussi d'être essayé en badigeonnages, en solutions aqueuses ou alcooliques, pour certains traitements locaux où il est d'usage d'employer le gaïacol.

A l'intérieur on pourrait l'employer à la dose de 1 gr. par 24 heures.

Malarine (1). — C'est également un nouvel antipyrétique : produit de la condensation de l'acétophénone et de la paraphenetidine.

Il est extrêmement soluble dans l'alcool chaud, dans la benzine, dans la benzine, le chloroforme, peu soluble dans l'eau.

La malarine ne causerait pas les effets secondaires car diaques ou céphaliques qu'on déplore dans l'usage de beaucoup d'autres antipyrétiques.

Dose : Cachets médicamenteux de 0 gr. 50. A prendre environ 3 par jour.

Médication phosphorique. — M. Bardet (Nouv. rem. 8 janvier 1901) conseille l'emploi de la limonade suivante pour les personnes qui ne peuvent supporter l'acide phosphorique en nature :

Acide phosphorique officinal..	28 grammes
Alcoolature d'oranges.....	20 —
Sirop de sucre.....	250 —
Eau distillée . Q. S. pour faire	1 litre

100 cent. cubes de cette préparation contiennent 1 gramme d'acide anhydre.

1 à 6 demi-verres ordinaires par jour.

On pourra doubler le volume du liquide avec de l'eau et utiliser ainsi la préparation comme boisson usuelle

Pour éviter le goût acide et l'action styptique de cette préparation, M Bardet a associé l'acide phosphorique à l'albumine, dans le but, dit-il, d'obtenir une acidalbumine.

Voici la formule qu'il propose :

Blanc d'œuf	60 grammes
Acide phosphorique officinal (D = 1,35)	58 —
Eau distillée..... Q. S. pour faire	400 cent. cubes

Laisser en coction au bain-marie jusqu'à complète dissolution, filtrer, puis ajouter lentement et en agitant le mélange suivant :

Alcoolature d'oranges	200 grammes
Sirop de sucre.....	400 —

Compléter 1 litre avec de l'eau distillée.

Une cuillerée à café contient 0 gr. 10 d'acide phosphorique anhydre. On fait prendre au malade, au cours du repas, 10 à 15 cuillerées à café étendues d'eau pour remplacer la boisson usuelle (100 parties d'acide phosphorique officinal contiennent 36,4 d'acide anhydre).

(1) *Revue médico-pharmaceutique.*

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Les œdèmes circonscrits névropathiques ou rhumatismaux. — Les œdèmes névropathiques peuvent se montrer sous des formes très variables. On décrit généralement trois formes : l'œdème pseudophlegmoneux de Kirmisson et Guyon, l'œdème fugace, rénitent, non douloureux et le pseudo-lipôme sus-claviculaire de Verneuil et Potain. Cette classification est très défectueuse.

L'apparence lipômateuse peut s'observer ailleurs que dans le creux sus-claviculaire ; sur l'abdomen et sur les jambes, par exemple, comme dans l'observation de Mathieu et Weill. (Études sur certains œdèmes névropathiques : *Arch. de méd.* 1885.)

Elle ne tient pas compte des œdèmes durs, empâtés, chroniques, soit d'emblée, soit secondairement, et généralement douloureux ceux-là.

Du reste, la douleur est très fréquente même dans l'œdème aigu, rénitent, et il n'est pas douteux que les « douleurs vagues » dans les muscles et un peu partout dont se plaignent les « rhumatisants » ne soient dues, très souvent, à des œdèmes névropathiques ou rhumatismaux, ce qui est tout un.

Il existe, en effet, une forme latente, au point de vue de l'inspection, mais nullement au point de vue de la douleur, ni de la palpation. Cette forme est mal connue, peu ou point décrite dans les livres didactiques. Les auteurs de livres sur le massage la connaissent mieux, parce qu'ils ont l'habitude de la palpation prolongée et souvent répétée.

Ils la décrivent sous différents noms, chacun d'après sa conception anatomo-pathologique : myite ou myosite, cellulite ou myocellullite, panniculite, rhumatisme musculaire, c'est cette dernière dénomination que nous avons adoptée dans notre thèse sur ce sujet (1).

La qualification de musculaire de cette affection, ou mieux, de ce symptôme, est certainement très critiquable. Le siège de l'œdème n'est probablement pas primitivement musculaire, mais il envahit souvent le tissu fibreux intra-musculaire, et dans ce cas, ce sont les muscles qui donnent la principale note à l'affection.

Ce n'est que par la palpation et souvent, nous le répétons, par une palpation méthodique et prolongée, qu'on peut reconnaître l'existence de cette forme d'œdème dur. Ce qu'on sent alors, c'est quelquefois un empâtement diffus des tissus sous-cutanés et des muscles, une callosité de Froriep, d'autres fois des nodosités ou granulations, souvent très sensibles à la pression. M. Stapfer, parlant de la cellulite abdominale, les décrit de la façon suivante : « Ces noyaux, quelquefois difficiles à percevoir, sont, quand on les saisit entre les doigts, douloureux, très douloureux et même atrocement douloureux. Tel est leur signe pathognomonique. »

Différents auteurs, Féréol, Jaccoud, Troisier et Brocq, Meynet, ont décrit des nodosités de ce genre, mais seulement comme des exceptions pathologiques et sur quelques rares points du corps. Si, par une palpation méthodique, on les cherchait plus souvent, on trouverait que ni les callosités de Froriep, ni les nodosités rhumatismales sont des exceptions, au contraire.

Elles peuvent siéger partout, mais elles se localisent avec prédilection sur certains points du corps, la paroi abdominale, la région mammaire, la région de la nuque, les muscles du mollet, où une confusion avec la périphlébite rhumatismale est très facile. Il existe, du reste, des formes intermédiaires. La confusion avec des varices profondes est également facile, comme le font remarquer Mathieu et Weill. « Nul doute, disent-ils, que des œdèmes semblables à ceux que nous venons de signaler n'aient été souvent attribués aux varices profondes. C'est une explication commode qui échappe le plus souvent à la démonstration. » Quand le siège est la face antérieure du tibia ou d'une côte, la confusion avec une périostite syphilitique, par exemple, est fréquente. Nous en avons vu des exemples.

L'étiologie et la pathogénie des œdèmes névropathiques sont particulièrement importantes à étudier. Comme règle générale, on peut dire qu'ils sont symptomatiques d'une maladie constitutionnelle, le neuro-arthritisme, en particulier, ou d'une maladie d'un viscère, qui agit, dans ce cas, comme organe réflexogène. Ces œdèmes sont, en effet, de nature réflexe. L'étude de leur distribution anatomique permet, en plus, d'affirmer qu'elle obéit aux lois de métamérisation, de même que l'hyperalgésie cutanée réflexe, comme l'ont démontré les auteurs anglais, Head, en particulier. (On disturbance of sensation with special reference to the pain of visceral disease ; *The Brain*, 1893-94).

Les douleurs périphériques qui accompagnant certaines maladies viscérales sont généralement expliquées par une névrite par compression ou par propagation, comme dans la tuberculose pulmonaire ou dans certaines aortites avec manifestations doulou-

(1) Krikortz. *Contribution à l'étude du rhumatisme musculaire.* Thèse de Paris, 1900.

Digitized by Google

reuses. Quelquefois, quand ces deux explications sont insuffisantes, on invoque la névralgie réflexe.

Mais Bassereau lui-même, l'inventeur de la névralgie réflexe, avait parfaitement observé que les douleurs suivent un trajet moins oblique que les nerfs intercostaux. La recherche attentive du siège exact de la douleur à la pression des œdèmes, empâtements ou nodosités, permet de conclure que, très souvent, il ne s'agit pas de névralgie, mais d'œdème réflexe, à distribution métamérique, pouvant coexister ou non avec une hypéralgésie cutanée réflexe, à distribution analogue.

L'espace ne nous permet pas d'entrer ici dans des considérations anatomiques afin de prouver cette assertion. Elles se trouvent exposées avec quelques détails dans notre thèse.

Les conditions qui semblent les plus aptes à favoriser l'apparition d'œdèmes réflexes sont les suivantes : une maladie viscérale qui crée des altérations anatomiques assez rapides dans un organe qui est encore capable de réagir vigoureusement contre l'agent nocif, et un terrain prédisposé aux manifestations rhumatismales et nerveuses.

Les œdèmes réflexes ont-ils quelque valeur diagnostique? Cette question est encore trop neuve pour être résolue. Pour ce qui est de la tuberculose pulmonaire commençante, il semble que la réponse doit être affirmative.

Au point de vue du traitement, il est certain que la disparition des œdèmes réflexes par une médication appropriée, le massage ou des révulsifs, peut soulager les douleurs périphériques des maladies en question. — G. K.

Névralgie faciale malarique. — La malaria est, avec la syphilis, une des causes les plus fréquentes des névralgies. Son influence étiologique est surtout bien établie à l'égard de la névralgie faciale.

Les névralgies de la malaria ont une évolution particulière qui les distingue des névralgies liées à d'autres causes. Elle n'apparaissent pas comme une simple complication qui vient s'ajouter aux symptômes ordinaires de l'infection malarique, mais elles se substituent souvent à ces symptômes et remplacent l'accès de fièvre paludéenne. Elles constituent ainsi des formes larvées de la malaria.

L'observation que nous allons rapporter, recueillie chez un malade du Pr Debove, à la clinique de l'hôpital Beaujon, permet de bien saisir cette substitution de la névralgie faciale aux accès de fièvre paludéenne.

C..., âgé aujourd'hui de 43 ans, exerçant la profession de secrétaire, a joui d'une excellente santé et n'a eu même aucune grande maladie infectieuse jusqu'à l'âge de 38 ans.

A cet âge il se rendit en Algérie, et fut envoyé à Mondovi, à quelque distance de Bône, dans un pays riche en forêts de chênes-liège et de lauriers roses, et malheureurement aussi en marais; trois jours après son arrivée, il fut pris d'un grand accès de fièvre, avec frissons, élévation de température considérable, du délire et une agitation telle qu'on fut obligé de l'attacher dans son lit. Cet accès de fièvre dura 48 heures et céda au sulfate de quinine.

Pendant deux mois, C... eut des accès de fièvre intermittents tierces, venant de deux à huit heures du soir, et présentant les caractères classiques de l'accès paludéen. Dans l'intervalle de ces accès, il avait des nausées, des vomissements, et des douleurs très vives des genoux qui lui semblaient comme serrés dans un étau.

Après deux mois, les accès s'espacèrent, et revinrent seulement tous les huit jours.

C... fut renvoyé à Marseille où il séjourna 3 mois; les accès reparaissaient à ce moment tous les quinze jours.

Se croyant guéri, il retourna en Algérie, à Penthièvre, près de Mondovi, dans un pays également paludique. Quinze jours après son arrivée, il était repris d'accès tierces, encore plus violents que la première fois. Le sulfate de quinine à haute dose (il a été jusqu'à absorber 3 grammes de ce sel dans un seul jour) eut encore raison des accès qui ne reparurent que tous les huit jours.

Il put alors rentrer en France, et après quelque temps passé à l'hôpital de Marseille où les accès revenaient tous les quinze jours, il arrive à Paris où il fut soigné pendant quelque temps à l'hôpital Broussais. A ce moment, les accès étaient beaucoup plus rares, et très atténués; toutes les trois semaines environ, survenait un accès apyrétique caractérisé seulement par des maux de tête, de la courbature et des nausées.

C'est en octobre 1898 que débuta la névralgie faciale dont il souffre encore aujourd'hui. Le début fut insidieux : il éprouva dans le côté gauche de la face, près du cou et de la région sus-claviculaire, des douleurs qui, au bout de quelques jours, devinrent intolérables. Après deux mois, sous l'influence du sulfate de quinine, ces douleurs cessèrent.

Pendant deux ans, le malade ne souffrit que de loin en loin d'accès douloureux.

Fait remarquable, du jour où la névralgie faciale apparut, les accès fébriles disparurent complètement.

En octobre 1900, la névralgie faciale gauche reprit ; la douleur était continue avec des exacerbations; au mois de novembre, la douleur passa du côté gauche au côté droit de la face. Elle était si vive que le malade dut cesser complètement de travailler

Digitized by Google

Aujourd'hui la douleur persiste et se manifeste sous forme d'accès et d'un endolorissement persistant.

Les crises douloureuses surviennent tous les soirs, débutent ordinairement entre 6 et 8 heures et durent une partie de la nuit; le malade ne s'endort que vers quatre heures du matin; pour éviter la longueur des nuits d'insomnie, il a pris l'habitude de se promener la nuit.

La crise se manifeste par des élancements douloureux, comme des coups d'aiguille, dans la direction de la région temporale, du cou et de la mâchoire inférieure. La face est rouge, chaude, et se couvre de sueur du côté affecté. L'œil se ferme, se congestionne, les larmes s'écoulent. Le malade voit danser devant ses yeux des objets lumineux, des paillettes rouges. Le moindre attouchement de la face est extrêmement douloureux.

Dans l'intervalle des crises, la douleur est très atténuée. Le malade ressent seulement un endolorissement, une sorte de pesanteur, de démangeaison, de chatouillement sur le côté droit de la figure.

Il peut parler sans éveiller ses souffrances. Il peut manger, à condition de mâcher ses aliments entre les dents du côté gauche.

Les courants d'air n'éveillent qu'une sensation désagréable.

La sensibilité au contact et la piqûre est conservée. Cependant, elle offre une légère diminution dans la région temporale droite et dans la partie postérieure droite de la face.

La pression provoque des douleurs vives sur quelques-uns des points névralgiques du nerf trijumeau, au niveau du point sous-orbitaire, du point auriculotemporal, du point mentonnier. Les dents ne sont point douloureuses à la pression.

Ainsi la névralgie siège principalement sur les branches maxillaires supérieure et inférieure du nerf tri jumeau; la branche ophtalmique est relativement indemne.

Y a-t-il dans les antécédents de notre malade quelque donnée ayant pu favoriser la localisation de l'infection paludéenne sur le système nerveux?

C'est, comme on dit vulgairement, un nerveux; il se met facilement en colère; mais il ne présente aucun stigmate d'hystérie. Cependant, vers l'âge de 16 ans, au collège, il a eu, à la suite d'une vive colère, une crise nerveuse violente accompagnée de perte de connaissance et suivie pendant trois ou quatre jours d'un état d'abrutissement très marqué. Bien qu'il ne puisse nous dire s'il a eu à ce moment des convulsions, on peut soupçonner une crise d'épilepsie. Les habitudes alcooliques que C... a prises en Algérie ont bien pu aussi être pour quelque chose dans la prédisposition du système nerveux; comme beaucoup d'Algériens, il s'était fortement adonné à l'absinthe et n'a pas cessé complètement depuis son retour en France.

L'examen général du malade, l'absence d'hypertrophie hépatique et splénique, montrent que le paludisme n'a pas frappé d'une façon incurable l'organisme et permettent d'espérer la guérison de la névralgie faciale.

Le traitement est basé sur l'étiologie et par conséquent sur l'emploi des préparations quiniques. Le valérianate de quinine a déjà été essayé sur lui avec un certain succès; nous lui donnons actuellement un gramme de bromhydrate de quinine par jour, et sous l'influence de ce traitement les crises sont devenues moins longues et moins pénibles.

L'action spécifique de la quinine pourra être aidée par celle de l'arsenic administré sous forme de liqueur de Fowler par le tube digestif, ou mieux sous forme d'injection de cacodylade de soude.

Enfin le traitement local ne sera pas négligé : on fera des pulvérisations de chlorure de méthyle sur la région douloureuse, ou du stypage, suivant la méthode du Pr Debove,

Voilà ce que nous constations au moment où le malade était dans notre service. Ajoutons qu'au bout de huit jours, sous l'influence du traitement employé, les douleurs avaient complètement disparu, le malade dormait la nuit et demandait à sortir de l'hôpital.

M. Labbé

Deux cas de rupture du cœur. — Les deux observations ont été prises en Angleterre, l'une par Belle (*British med. Journal,* déc. 1899) et l'autre par Sutcliffe (*ibid.,* janv. 1900). Dans la première il s'agit d'une femme de 73 ans qui avala de travers au repas et qui mourut en moins d'une minute. A l'autopsie, on trouva une parcelle de viande entre les cordes vocales. Le péricarde était distendu par des caillots noirâtre; le cœur était en systole et portait à la surface antérieure du ventricule gauche près de la cloison une déchirure d'un quart de pouce de long. Le muscle était friable et était considérablement infiltré de graisse.

L'autre observation est celle d'un homme de 35 ans, atteint de démence, qu'on trouva mort au cabinet d'aisance. Chez lui la rupture siégeait au milieu du bord gauche du ventricule gauche. Le myocarde était anémique et présentait de la dégénérescence graisseuse.

Nous n'insistons pas sur la cause occasionnelle qui était dans les deux cas l'élévation de la tension sanguine intracardiaque au moment d'un effort. Nous regrettons l'absence de renseignements anatomiques et histologiques sur l'état des artères coronaires et du myocarde au voisinage de la rupture. — Bd.

Digitized by Google

La pneumonie traumatique. — Pour pouvoir donner à une pneumonie le qualificatif « traumatique » ou « par contusion », il faut que le sujet ait été en parfaite santé avant le traumatisme, et que le poumon n'ait pas été blessé lui-même (Litten).

Rogina a pu réunir cinq cas de pneumonie remplissant ces conditions (*Liecniki viestnik*, 1900 en langue croate). Un ou deux jours après la contusion du thorax survenait une pneumonie avec les signes classiques et suivait sa marche habituelle. Trois fois elle se termina en crise, une fois en lysis; un cas tourna à la chronicité, se tuberculisa et finit par la mort du sujet. Deux fois on constata de l'herpès labial. L'auteur conclut que la contusion peut être une cause occasionnelle de la pneumonie au même titre que le refroidissement; au point de vue clinique elle ne diffère en rien de la pneumonie franche classique. — Bd.

CLINIQUE INFANTILE

Hémoglobinurie paroxystique chez un hérédo syphilitique. Traitement spécifique, disparition des accès. — Une petite fille de 5 ans, que je soigne depuis sa naissance et qui portait en venant au monde des manifestations hérédo-syphilitiques cutanées avec splénomégalie rapidement dissipées sous l'influence de la liqueur de Van Swieten, s'est élevée sans autre accident qu'une broncho-pneumonie grippale. Elle est vigoureusement constituée et ne présente d'autres tares qu'un léger degré de rachitisme costal et fémoro-tibial. Pendant les premières années de la vie des cures méthodiques avaient été faites, mais, depuis ces dernières années, l'enfant se portant parfaitement, on ne m'avait plus consulté à son sujet.

Elle est prise aux premiers froids d'un malaise caractérisé, me disait-on, par les frissons, la pâleur, les vomissements et l'émission d'urines noires; je constatai aisément qu'il s'agissait d'hémoglobinurie paroxystique.

On me raconta alors que plusieurs fois déjà, pareils accès s'étaient manifestés alors que l'enfant était au bord de la mer; et quand elle avait subi un refroidissement, par exemple après avoir barboté dans l'eau, sur la plage; ils étaient de courte durée; mais on n'avait pas montré les urines au médecin appelé, qui n'avait pu diagnostiquer qu'une indisposition par refroidissement banal.

L'accès d'hémoglobinurie pour lequel j'avais été appelé dura deux jours, l'urine suivant la gamme décroissante des colorations habituelles. L'examen spectroscopique et microscopique permit de constater la présence de l'hémoglobine et l'absence d'hématies. Je fis garder l'enfant à la chambre quelques jours, puis on la sortit de nouveau avec la précaution de lui éviter soigneusement tout refroidissement; la température extérieure était d'ailleurs redevenue très douce.

Néanmoins plusieurs accès se déclarèrent encore à quelques jours d'intervalle, la présence de l'hémoglobine étant chaque fois constatée dans l'urine.

Alors je fis recommencer le traitement spécifique abandonné, je l'ai dit, depuis longtemps: frictions bi-quotidiennes avec l'onguent napolitain, et l'iodure à la dose de 2 grammes. Au bout de quelques jours un accès se montra encore, mais manifestement avorté; il y eut, au lieu du grand frisson, la simple horripilation, la pâleur, la nausée, mais les urines restèrent d'une coloration normale. Le traitement fut continué, puis l'enfant reprit ses sorties, même par des temps froids et les accès ne reparurent plus.

On sait que parmi les influences étiologiques invoquées à propos de l'hémoglobinurie paroxystique, le paludisme et la syphilis sont les deux plus fréquentes. Dans son article du *Traité des maladies de l'enfance*, M. Comby, avec Lépine, Hayem, Murri, range cette affection dans le groupe des para-syphilitiques, mais il admet, et le fait actuel vient à l'appui de son opinion, que le traitement mercuriel et ioduré agit puissamment dans les cas où la syphilis est en cause tandis que le traitement spécifique échoue bien souvent dans d'autres maladies du groupe para-syphilitique. Une fois de plus, l'influence du froid comme cause occasionnelle et provocatrice des accès est en lumière dans ce cas; toutefois il y avait eu des accès en été, mais au bord de la mer, et on sait que, même dans la saison chaude, les enfants qui jouent au bord de la mer, comme font tous les petits parisiens en villégiature, sont soumis à des causes de refroidissement, surtout des pieds; et pour les néphrites, par exemple, le séjour au bord de la mer est souvent une cause d'aggravation et de rechute. Une fois de plus, donc, cette observation met en évidence la cause fondamentale, syphilis, n'exerçant son action qu'à l'occasion de l'influence occasionnelle provocatrice, le refroidissement ou le froid. — P. Le Gendre, *médecin de l'hôpital Tenon.*

CHIRURGIE

De l'énucléation des fibromes utérins par voie abdominale. — La myomectomie abdominale préconisée par Martin, de Berlin, en 1878, n'est guère entrée dans la pratique que depuis quelques années; au dernier Congrès, Témoin, Tuffier, Montprofit et de nombreux auteurs parlèrent en faveur de

Digitized by Google

cette opération, que recommande le Dr Ferendinos dans sa thèse (*Paris* 1900).

Cet auteur en expose la technique et les résultats. L'utérus doit être incisé suivant son grand axe, puis le fibrome étant énucléé, on doit explorer l'utérus à travers la plaie afin de s'assurer qu'il n'existe pas d'autres fibromes dans son épaisseur, et de savoir si la cavité utérine n'a pas été ouverte ; on termine par l'hémostase et la suture de la plaie utérine.

D'après l'auteur, l'énucléation abdominale serait la moins grave des opérations pratiquées sur l'utérus fibromateux; il a réuni 200 cas avec 9 morts (3,1 0/0), 3 récidives et 14 cas suivis de grossesse.

Diverses objections ont été formulées contre cette méthode ; l'hémorrhagie, le nombre des fibromes, la possibilité de laisser des petits fibromes qui augmenteront de volume, l'ouverture de la cavité utérine ; M. Ferrendinos croit qu' il ne faut pas exagérer la valeur de ces objections, l'hémorrhagie serait rare, on pourrait sans danger énucléer plusieurs fibromes, et quant à l'ouverture de la cavité utérine elle ne serait pas grave puisque certains chirurgiens l'ouvrent de propos délibéré. En revanche, l'auteur reconnaît à cette méthode un certain nombre d'avantages ; l'amélioration serait moins graves que les autres opérations pratiquées pour fibromes, de plus et surtout, c'est une opération conservatrice permettant de laisser l'utérus dans lequel peuvent évoluer de nouvelles grossesses ainsi qu'on l'a observé dans plusieurs cas.

Un autre avantage à la conservation de l'utérus serait qu'elle respecte la statique du bassin qui est troublée lors de l'ablation de l'utérus.

Les indications et contre-indications de l'énucléation sont relatives au nombre, au volume, à la situation des fibromes, à l'état de l'utérus. On a pu énucléer jusqu'à neuf fibromes ; leur volume peut atteindre celui d'une tête de fœtus; leur siège bas indique plutôt la voie vaginale.

Cette opération est contre-indiquée lorsque l'utérus est refoulé et déformé, lorsque la direction de son axe est changée, lorsqu'il est farci de fibromes.

Chez la femme enceinte, si le fibrome gêne l'évolution de la grossesse, on devra tenter l'énucléation dans l'espoir de voir continuer la grossesse; d'ailleurs cette question a été traitée récemment dans ce journal (*Journ. des Prat.*, 1901, page 44).

En somme, le meilleur argument qui plaide en faveur de l'énucléation par voie abdominale, c'est que cette opération est conforme aux idées nouvelles de la chirurgie conservatrice, il est donc probable qu'on verra s'étendre ses indications. — J. H. M.

HYGIÈNE

Sanatorium et home-sanatorium. — Le sanatorium et le home-sanatorium se complètent l'un l'autre et offrent chacun des avantages et des inconvénients ; l'établissement fermé est loin d'être une formule parfaite et qui doit : Tuberculeux, ne dit pas systématiquement dire sanatorium.

Ce dernier n'offre rien, en effet, qu'on ne puisse faire ailleurs, aussi bien ou mieux, — cure d'air, de repos, de suralimentation, etc.; — cependant ses avantages sont réels à certains points de vue.

La discipline y règne, facilitée pour le « nouveau » par l'exemple des « anciens », la surveillance est constante et l'installation répond aux exigences de l'hygiène. (Tout cela est surtout théorique et peu de maisons sont à l'abri de justes critiques à ces divers points de vue).

De bonnes statistiques tendent à convaincre public et médecin que hors le sanatorium point de salut. Il ne faudrait cependant pas se laisser éblouir ; la statistique est presque impossible hors du sanatorium (1) d'où la sélection voulue ou non repousse les indisciplinés, les incurables, etc., *les chiffres donnés n'ont donc qu'une valeur presque relative.*

Tout, d'ailleurs, n'est pas pour le mieux dans le meilleur sanatorium. La réunion de 100 ou 200 tuberculeux dans une maison si vaste, si aérée qu'elle soit, dans une galerie de cure, est fâcheuse pour la pureté de l'air. Ce danger d'agglomération compacte de tuberculeux ressort plus considérable encore après les recherches de Pflüger, prouvant qu'en parlant et en toussant le tuberculeux crée autour de lui une atmosphère bacillifère ; or, le bacille, surtout celui des autres, est un danger pour le tuberculeux. Peut-on même affirmer qu-il ne peut sortir de la maison et que le sanatorium ne contamine jamais le voisinage? C'est cependant indéniable, surtout quand il provoque la formation d'une ville de tuberculeux (2) où le soleil du Midi n'exerce pas son action bactéricide. Enfin, au point de vue moral le sanatorium offre également prise à certaines critiques. Le passage brutal de son home dans une sorte de caserne militairement disciplinée, la vie en commun avec sa

(1) On peut dire cependant que le département des Alpes-Maritimes, avec Cannes, Nice, Beaulieu, Monaco, Menton, Grasse... etc., n'est pas parmi ceux où la mortalité par tuberculose atteint le plus haut pourcentage, bien que l'hiver de nombreux malades y élèvent le chiffre de cette mortalité et non celui de la population.

(2) Beaucoup de sanatoriums sont le prétexte de la formation de villes de tuberculeux (reproche combien acrimonieux fait à nos stations de la Riviera !) ; 2 ou 300 lits de sanatorium attirent souvent 2 à 3.000 tuberculeux qui se logent n'importe où, hôtel, villa... etc. ; c'est *une véritable tromperie*, ce n'est nullement le climat ou l'air, mais le sanatorium que voulait le médecin. — Davos et d'autres stations sont dans ce cas.

Digitized by Google

promiscuité forcée et l'impossibilité de s'isoler révolte justement bien des malades. Et l'impression ressentie par un tuberculeux à la vue de tuberculeux comme lui, dont un certain nombre meurent en détail sous ses yeux n'est-elle pas une cause puissante de dépression morale, de découragement toujours entretenue?

De plus, la nourriture faite pour 100 ou 200 personnes ressemble fatalement à la cuisine d'hôtel et peut difficilement être appropriée aux goûts et besoins de chacun.

Enfin, la cohabitation continuelle de femmes et d'hommes jeunes tous les deux généralement dans un état de sentimentalité et de génitalité spécial amène trop souvent des incidents fâcheux ; tout y pousse l'ennui, la contemplativité, l'isolement, etc.. etc.! *Il ne se passe guère d'année, même dans les petits sanatoriums, sans que des faits de cet ordre se produisent.* Il y a là un véritable danger d'ordre médical et social.

On doit donc parfois hésiter à conseiller le sanatorium, surtout à une jeune femme seule et s'en abstenir toujours si on la suppose dans l'état de sentimentalité et de génitalité signalé plus haut.

Quant au home-sanatorium, d'abord un seul tuberculeux s'y soigne, ensuite pouvant se pratiquer presque partout, le choix du climat s'en trouve facilité. Là, pas de contacts désagréables, de promiscuité fâcheuse ; le home étant transporté et non détruit, le malade se sent moins dépaysé, moins désemparé. Cuisine spéciale, etc.

La discipline y est-elle moins facile? Non (ne pas oublier, tout indiscipliné refuse le sanatorium). Lorsque le malade comprend l'utilité des règles imposées, qu'il est entouré et bien entouré (un parent ou deux, ou un garde-malade), que le médecin sait imposer son autorité, et il le peut aussi bien que dans un établissement fermé, on obtient une discipline parfaite.

Le malade en ville peut-il contaminer son habitation et son voisinage? Pas plus que dans un sanatorium! Peut-être moins, car il est seul et que aux procédés de désinfection, qui ne sont pas l'apanage des établissements fermés, s'ajoute, sur le littoral, sa lumière et son soleil bactéricides (1).

Deux seuls arguments ont une réelle valeur : 1° Le home-sanatorium est généralement plus dispendieux et c'est très loin d'être une règle absolue ; 2° Le malade doit être accompagné.

Conclusion. — Le sanatorium fermé, *placé dans un climat favorable*, est un bon traitement pour ceux n'ayant pas à redouter cette atmosphère de coquetterie qui règne souvent dans la plupart des sanatoriums. Il est la meilleure ressource de ceux pour qui la villa est trop coûteuse.

Le home-sanatorium est le *traitement de choix* pour toute personne aisée, accompagnée et décidée à se soigner. Il s'impose particulièrement quand il s'agit de malades, de femmes surtout, pour qui le sanatorium est un danger moral. — Dr Hérard de Bessé.

(1) Aucun hiverneur ne devrait s'installer dans une villa sans l'avis de son médecin qui seul peut le guider dans ce choix important.

CLIMATOLOGIE

Les stations pour neurasthéniques St-Claude (Jura)

On n'apprécie pas plus les paysages de France qu'on ne rend justice aux œuvres originales écloses sur le sol français. L'admiration va aux choses de l'étranger : sites de la nature et productions de l'homme. On court en Suisse et quand il s'agit d'un essai d'art ou de science, on se récrie sur la valeur des créations et des travaux qui naissent de l'autre côté de la frontière. Nous n'irions pas si loin que bien souvent nous trouverions mieux : à portée de main, nous cueillerions ce que nous cherchons au diable. Les efforts et les recherches en tous sens tentés et réalisés par les Français le sont dans un esprit aussi solide et plus vif, et maintes fois plus original que les tentatives où s'essaient nos voisins. Quant aux paysages français, ils ne le cèdent en rien aux plus pittoresques de l'Europe; les pays de montagne offrent au touriste tout l'appareil d'accessoires célébré par les guides Joanne : vallées, gorges, cascades, sommets. — Il manque, il est vrai, de glaciers; c'est une lacune aux yeux de quelques-uns. Elle se rachète par l'harmonie des proportions, la verdure des pentes, le parfum d'intimité et de recueillement, tous avantages propres à nos stations de montagnes et qui assortissent le milieu à son cadre, ne créent pas de disproportions entre l'habitation et le site, n'écrasent pas les villages, des vallées sous les formes colossales et arides que dessinent les montagnes du fond, répandent sur l'ensemble des lignes et des contours une impression de paix discrète et attendrie, de vie tranquille et sûre bien reposante pour l'habitant des villes.

Je ne sache guère, à cet égard, de province mieux partagée que le Jura français, et dans le centre de la région quelle ville plus curieuse que St-Claude, étagée sur les flancs d'une montagne dressée à pic comme un dôme de rochers superposés que séparent et qu'égaient des lignes de verdure. A l'étranger, pareil site, avec sa vallée profonde où court la Bienne et que les maisons du faubourg réjouissent de leur double rangée de toits enfilés en une seule rue, serait vite fait pour arrêter le touriste. Au pre-

Digitized by Google

mier plan, la ville, sorte de place forte, flanquée de sa cathédrale massive, où l'on accède par des ponts hardis, jetés sur la vallée, au-dessous des ponts, les faubourgs, entre les deux, des jardins en terrasse, dans le fond, le cirque imposant du mont Jura. Partout des arbres, de la fraîcheur, l'air vivifiant de la montagne.

Les neurasthéniques trouvent à St-Claude tous les éléments de guérison. Un établissement hydrothérapique bien aménagé leur assure le traitement par massages, bains et douches. Des hôtels confortables les recevront à des prix modérés; il ne tient qu'à eux de faire des promenades en voiture, de visiter les environs, de se rendre par des routes taillées dans la montagne à des altitudes de douze cents mètres et au-dessus. Après quelques jours de repos, ils sentent leurs forces revenir: les digestions leur sont faciles; la vie leur apparaît sous un voile moins funèbre. Une amélioration constante a suivi leur séjour dans un des plus beaux pays du monde, de celui dont mon ami Marcel Monnier, l'explorateur bien connu, me disait qu'il fallait aller dans le Liban pour en voir un pareil. Cherchez-vous un endroit où vous reposer, où envoyer des nerveux qui refusent d'entrer dans un établissement fermé, et désirent unir aux nécessités du traitement les avantages de la liberté, laissez une petite place dans votre souvenir et n'oubliez pas Saint-Claude. — Ch. Fiessinger.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Anesthésie par voie rachidienne en obstétrique. — M. Porak a employé l'injection rachidienne de cocaïne pour obtenir l'anesthésie dans une dizaine de cas, soit pour diminuer les douleurs de l'accouchement normal, soit pour pratiquer la symphyséotomie ou d'autres opérations. La dose de cocaïne injectée sous l'arachnoïde n'a pas dépassé un centigramme. L'anesthésie s'est toujours produite au bout de 10 minutes, et sa durée a été de une heure et demie environ, pendant laquelle les opérations ont pu être menées à bonne fin. Jamais il n'a observé de phénomène d'intoxication sérieux. Il considère cette méthode d'anesthésie comme supérieure à celles par le chloroforme ou l'éther, parce que l'état général des opérées reste meilleur; il en conclut qu'elle mérite d'être continuée et encouragée. *(29 janvier).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Dothiénentérie à manifestations méningées. — MM. Sergent et Bernard rapportent une observation de fièvre typhoïde à manifestations méningées prédominantes chez un homme qui s'était tiré, six semaines avant, une balle de revolver dans la tête, qu'ils résument de la façon suivante :

Un homme de 36 ans se tire, le 18 juillet, dans la tempe droite, une balle de revolver, qui pénètre dans l'orbite, s'y enclave après avoir sectionné le nerf optique. Sauf la cécité unilatérale qui en résulte, aucun accident consécutif ne survient et l'homme reprend ses habitudes et en particulier son absinthe.

Six semaines après, brusquement il est atteint de fièvre et d'une céphalalgie très vive, qui persiste. On pense que la balle, logée dans le crâne, a déterminé un foyer d'infection resté d'abord local, et qui maintenant se propage à l'encéphale. Cet homme va faire une méningite suppurée, s'il ne fait pas un abcès du cerveau. Le tableau clinique se complète ; l'apparition de la raideur de la nuque et du signe de Kernig ne permettent pas de douter que les méninges sont envahies. Et pourtant le chirurgien hésite à pratiquer

que jamais je ne donnerais le conseil d'acheter une clientèle à prix fixe, l'aléa étant trop grand pour le preneur, mais que peut-être une combinaison sauvegardant les intérêts des deux parties pouvait être trouvée. La voici :

Le médecin abandonne sa clientèle et recommande son successeur que, bien entendu, il doit choisir capable de satisfaire aux exigences de la pratique médicale. Ce dernier ne donne rien comptant, mais s'engage à verser à son prédécesseur le tiers ou le quart des honoraires qu'il tou-

la trépanation. La suite montra qu'il avait bien fait de temporiser. Les accidents fébriles, les symptômes méningés s'éteignirent progressivement, la convalescence s'affirma et la guérison survint définitive et complète. Alors seulement, en présence des caractères d'ensemble de la courbe thermique, surgit l'hypothèse d'une dothiénentérie, cause première de tous les accidents, hypothèse que confirma le séro-diagnostic. Cet homme venait de faire une dothiénentérie au cours de laquelle, à titre de complication, était survenue une localisation méningée cérébro-spinale. *(25 janvier).*

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Cession de clientèle

Un jeune médecin veut s'établir, désirant éviter la pénurie de clients pendant les quelques années nécessaires pour qu'il soit connu et apprécié dans le quartier ou la ville qu'il a choisie; il achète une clientèle. Ce système est déplorable, je dirai même plus, il est immoral.

Une clientèle de médecin ne se vend pas ; le malade n'est pas la propriété de son médecin, même s'il lui est resté fidèle pendant de longues années, et il reste toujours libre de choisir celui auquel il veut confier sa santé. Le médecin ne peut le céder à son successeur au même titre que sa bibliothèque, son cheval, son cabriolet, ou comme un commerçant cède à celui qui prend sa suite les marchandises de son magasin.

Il y a quelques années, un de mes élèves achète une

Digitized by Google

clientèle une dizaine de mille francs ; il s'installe, fait quelques visites, ne donne pas entière satisfaction, non au point de vue scientifique, mais comme homme, à certains clients de son prédécesseur ; on en cause entre amis, on lui fait grise mine, et la clientèle chèrement achetée se précipite chez un confrère qui vient s'installer à sa porte et qui, lui, profite de l'aubaine sans avoir rien payé.

Si quelqu'un désire prendre la suite d'un confrère fatigué, malade ou âgé, je lui conseille la plus grande prudence, pour deux raisons : 1° pour ne pas être trompé dans ses espérances ; 2° pour ne pas, sinon se ruiner, au moins compromettre une somme importante.

Que faire ?

Un médecin, de situation bien assise dans la ville importante où il exerçait, vint me dire que, pour raison de santé, il désirait céder sa clientèle qui lui rapportait de 30 à 40.000 francs d'honoraires, moyennant une somme de 25 ou 30.000 francs ; il me demanda si quelqu'un de mes élèves ne pourrait accepter ces conditions. Je lui répondis chera, de la clientèle cédée ou même de ses nouveaux clients, pendant quatre, cinq ou six ans.

Prenons le cas de tout à l'heure Le médecin qui cède sa clientèle, recevant 30.000 francs, son successeur touchera certainement un peu moins la première année, mettons 25,000 francs, puis reviendra au taux de son prédécesseur. Pendant cinq ans, il versera à ce dernier le quart des honoraires perçus, soit 6.250 francs pour la première année et 7 500 francs pour les quatre années suivantes : total, 36 250 francs.

Ce sera donc une affaire excellente pour le vendeur et bonne pour l'acheteur avec de sérieuses garanties qui, dans l'achat au comptant, à prix ferme, ne lui sont pas données. D'une part, le prédécesseur a tout intérêt à la réussite de son successeur et pendant un temps donné continuera à s'intéresser à la clientèle qu'il aura cédée ; d'autre part, le jeune médecin ne risque pas de compromettre, au hasard, son avoir, puisqu'il ne paiera qu'au prorata des honoraires qu'il touchera.

C'est là, il me semble, la meilleure solution capable de satisfaire le médecin qui se retire, et donne toutes garanties au jeune docteur qui s'installe (1).

H. Huchard.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du rein et de l'uretère, par le prof. James Israel. Traduction du Dr Guillermo Rodriguez A., de Valparaiso (Chili), préface du Dr J. Albarran. — Avec un résumé de 230 opérations rénales, 2 planches en couleur et 2 gravures intercalées dans le texte. — 1 vol. à la Soc. d'Edit Scientif. : 7 fr. 50.

Les remarquables travaux publiés dans tous les pays depuis le livre de Simon, ont transformé, dans ces dernières années, la chirurgie rénale.

Aujourd'hui encore; nous sommes en pleine évolution. De jour en jour s'éclaire la pathogénie des lésions et nous connaissons mieux les phases successives des maladies, leur passé et leur avenir : le diagnostic devient plus précis et plus précoce, grâce à de nouveaux modes d'exploration parmi lesquels le cathétérisme uretéral tient la première place : la physiologie pathologique, dont l'étude est à peine ébauchée, conduit chaque jour davantage les chirurgiens à une thérapeutique rénale conservatrice. La médecine opératoire devient ainsi plus hardie, s'attaquant au début à des lésions qui, autrefois, restaient insoupçonnées et plus prudente, essayant dans bien des cas, de rétablir ou de conserver les fonctions de reins que nos devanciers sacrifiaient volontiers.

Le livre d'Israel marque une étape dans cette évolution progressive. Tous ceux que la chirurgie rénale intéresse, liront avec grand intérêt ces pages où se montrent en pleine lumière la sagacité de l'observateur, le sûr jugement du clinicien, l'habileté de l'opérateur.

On trouvera surtout dans ce livre, un ensemble remarquable d'observations intéressantes qui éclairent et complètent le texte : c'est un livre de clinique que les plus instruits pourront lire avec profit ; les faits bien observés, portant toujours avec eux leur enseignement. Dans la longue statistique qui résume la pratique de l'auteur, on trouvera encore d'importantes constatations anatomo-pathologiques.

La soigneuse et fidèle traduction que M. le Dr Rodriguez a faite du livre d'Israel, permettra aux médecins de mieux connaître la grande part que l'éminent chirurgien a prise dans les progrès de la chirurgie rénale.

Les certificats médico-légaux usuels, guide pratique et raisonné, par Louis Vidal, de Nissan (avocat), docteur en médecine. — Un vol. à la Soc. d'Editions Scientifiques. — Prix : 3 fr.

La fièvre jaune *(Epidémiologie, pathogénie, prophylaxie)*, par le Dr Housquains, Paris, imprimerie Jourdan.

Travail consciencieux au point des nouvelles recherches sur le B. ictéroïdes de Sauarelli et qui est à lire.

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère commencera le dimanche 3 février, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

(1) Extrait d'une consultation-clinique à l'hôpital Necker, rédigée par le Dr Reille.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu

Anévrysme de l'aorte

I. Exposé clinique. — Une femme âgée de 48 ans, fortement constituée, entre dans le service ; elle a une dyspnée considérable, presque de l'orthopnée ; la voix est voilée, éteinte, rappelant la voix bitonale de Jaccoud ; il existe une toux spéciale, pénible avec quintes rappelant celles de la coqueluche, accompagnée d'expectoration spumeuse ou muco-purulente, parfois striée de sang. Apyrexie complète.

Comme antécédents, on note une métrite avec pelvi-péritonite à 32 ans ; quelques années plus tard des fièvres intermittentes ; à 36 ans, une fistule anale qui fut opérée ; quelques mois plus tard, pleurésie gauche guérie en six semaines. A 45 ans, laryngite tenace avec toux quinteuse, quelques petites hémoptysies, à ce moment sa laryngite fut considérée comme d'origine syphilitique et améliorée par le traitement spécifique.

Depuis ce moment, la malade a de la dyspnée d'effort, non seulement à l'occasion de la marche, de la montée d'un escalier, du port d'un fardeau, mais même au lit pour peu que la tête soit trop basse.

La percussion montre une sonorité normale de toute la poitrine.

L'*auscultation* donne quelques signes spéciaux. A *droite*, en avant, respiration rude, soufflante, amphorique aux deux temps, un peu de cornage ; pas de retentissement de la voix : en arrière, dans la fosse sous-épineuse, respiration rude, soufflante, amphorique, surtout au niveau du hile du poumon, quelques râles de bronchite à la base. A *gauche*, en avant, la respiration est nulle et les seuls bruits perçus ne sont que la propagation des bruits du côté droit ; en arrière, respiration affaiblie, presque nulle, quelques signes de bronchite.

Donc, bronchite nette des deux bases : à gauche, lésions à déterminer.

II. Diagnostic. — La malade entrait à l'hôpital avec le diagnostic d'*asthme*, il n'est pas soutenable. L'asthme survient par crises brusques, l'inspiration et l'expiration sont sifflantes, pénibles, la toux est rare et ne survient qu'à la fin de la crise, l'expectoration semblable à des parcelles de blanc d'œuf cuit est caractéristique. Aucun phénomène semblable n'existe ici.

La *tuberculose* peut être plus discutée, la malade a eu une fistule anale, affection souvent d'origine tuberculeuse et qui, même, peut être le phénomène initial de l'infection tuberculeuse. Il y a eu une pleurésie, quelques hémoptysies. L'expectoration muco-purulente peut au besoin en imposer pour la tuberculose, mais l'examen bacillaire est demeuré négatif.

Cependant, nulle part il n'existe de matité. La diminution, presque la disparition du murmure vésiculaire à gauche entraîne le diagnostic d'emphysème unilatéral, qui doit attirer l'attention, car il est presque toujours l'indice d'un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons par compression bronchique.

Une autre hypothèse est celle d'*adénopathie-trachéo-bronchique*. La toux quinteuse, le cornage, l'expectoration muco-purulente sont des signes de compression bronchique et trachéale que présente la malade, cependant il est rare que l'adénopathie trachéo-bronchique survienne aussi rapidement et surtout il y a, dans cette maladie, une fixité des phénomènes morbides qui n'existent pas chez la malade ; de plus, le cornage est bilatéral et non limité à un seul côté comme dans le cas présent ; il existe de la matité interscapulaire au niveau du hile du poumon (N. Gueneau de Mussy).

Pour ce qui est de la laryngite, on peut songer à la *laryngite tuberculeuse*, mais à cette maladie l'aphonie succède à l'enrouement et la lésion ne rétrocédant pas, l'aphonie devient permanente. De plus, la phtisie laryngée s'accompagne d'un état général grave et le diagnostic est aidé par la présence de bacilles dans les crachats, recherche restée négative.

Le diagnostic de *laryngite syphilitique* avait été fait par le Dr de Gennes par élimination, mais aucun symptôme autre de syphilis n'existe, sauf une fausse-couche, ce qui n'est pas suffisant. Les gommes du poumon siègent principalement à la base et n'occasionnent que rarement un rétrécissement d'une grosse bronche ou de la trachée. Le traitement ioduré avait amélioré cette femme, mais l'iodure n'agit pas seulement dans la syphilis et peut produire d'excellents effets dans bien d'autres affections.

M. Rendu pense qu'il s'agit d'un *anévrysme de l'aorte* et cela en raison des signes physiques et des signes fonctionnels.

Tout d'abord, l'un des principaux phénomènes, la dyspnée d'effort, est le plus souvent d'origine cardiaque, et doit amener à examiner spécialement le système cardio-vasculaire. Le cœur n'est pas hypertrophié, ses battements sont normaux, mais ce qui est intéressant à noter, c'est l'extrême variabilité de la matité aortique qui atteint parfois 7 centimètres au lieu de 4 à 5 centimètres pour diminuer ensuite et rétrocéder jusqu'à la normale. Ce changement de volume très rapide pouvant survenir dans une même journée a déjà été signalé.

Chez la malade en question, les crises paroxystiques sont sous la dépendance de poussées de dilatation aortique, et au cours d'une bronchite qu'elle

Digitized by Google

prit à l'hôpital, l'aorte augmenta de volume et la dyspnée devint très intense.

Comme autres symptômes militant en faveur de la dilatation aortique, on peut signaler encore un peu de douleur presternale et une élévation notable des sous-clavières.

Quel est le siège de l'anévrysme ? Les anévrysmes de la portion ascendante donnent lieu, s'ils sont situés au voisinage du cœur, à des symptômes d'angine de poitrine, plus haut, ils compriment le tronc veineux brachio-céphalique et la veine cave, entraînant la dilatation des vaisseaux de la tête et du cou, de plus, dans ces cas, la palpation permet de sentir des mouvements d'expansion, et l'auscultation d'entendre des doubles battements, claquements et souffles.

A la partie transversale, on sent les battements de l'aorte en arrière de la fourchette sternale, il y a des mouvements rythmiques de la trachée, qui n'ont pas été constatés.

Les symptômes présentés par la malade se rapprochent beaucoup plus de ceux de l'anévrysme de la concavité de la crosse. Le cornage, la diminution des bruits respiratoires du côté gauche indiquent une compression de la bronche gauche; les troubles de la phonation, la toux quinteuse, prouvent la compression du recurrent; les hémoptysies, les crachats striés de sang, sont dus à une lésion du pneumo-gastrique entraînant la congestion réflexe du poumon. Tous ces signes montrent que la lésion a pour siège la concavité de l'aorte, au point où cette artère croise la bronche gauche et est embrassée par l'anse du récurrent. Enfin, l'atténuation du pouls radial gauche indique que la dilatation se trouve en avant de la naissance de la sous-clavière gauche.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de M. Rendu a été le suivant :

Petite dilatation ampullaire de la partie postérieure de la crosse de l'aorte amenant la compression de la bronche gauche.

III. Pathogénie. — Cette femme a 48 ans, elle n'est pas alcoolique, ses artères ne présentent pas les signes de l'athérome, pas de syphilis. Dans ses antécédents, la seule affection qui puisse être incriminée, et des cas semblables ont été signalés par M. Lancereaux est le paludisme, qu'elle a pris vers l'âge de 32 ans.

IV. Pronostic. — La guérison spontanée n'est pas impossible, mais,est peu probable, il s'agit d'une dilatation ampullaire qui peut guérir soit par oblitération par des caillots, soit par rétraction de la poche anévrysmale, surtout que, dans ces cas, il se forme autour de la poche des adhérences fibreuses qui rendent la paroi plus solide. Cependant, le pronostic reste très grave, et ce qui contribue à l'assombrir, c'est le siège même de l'ectasie aortique. Il arrive souvent qu'en dépit des adhérences, il y a usure réciproque de la bronche et de l'artère, d'où mort subite par rupture du sac anévrysmal dans la bronche; d'autre part, la compression du récurrent peut amener la mort par ictus laryngé ainsi que Boinet et Merklen en ont signalé des exemples.

V. Traitement. — Il devra être surtout hygiénique : garder le repos, aucun exercice fatigant, éviter les refroidissements, la toux provoquée par une brochite augmentant les chances de rupture.

Diminuer la tension artérielle par 30 à 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour, pendant longtemps, des mois et des années; en cas d'intolérance, prescrire six à sept gouttes de teinture d'iode par jour aux repas; l'effet est moins salutaire que celui produit par l'iodure, mais est cependant certain. Au besoin, la trinitrine est indiquée. Quelques purgatifs. Diminuer la sécrétion bronchique et par là, les chances de toux par des inhalations d'alcool mentholé.

En cas de douleur locale : sangsues, ventouses scarifiées, cataplasmes sinapisés et même vésicatoires; enfin, injections de morphine, un demi à un centigramme.

S'il survient de l'œdème aigu du poumon : saignée.

M. Rendu ne pense pas que les toniques cardiaques soient indiqués, car ils augmentent la tension sanguine.

Comme régime : alimentation nourrissante sous un petit volume, viande, poisson, œufs; boire très peu (eau rougie ou mieux eau pure). Pas de boissons gazeuses et pas de régime lacté absolu, le lait étant débilitant à moins qu'il ne soit pris en grande quantité, et, par son volume même ingéré, augmentant la tension artérielle.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Principes généraux du traitement des suppurations chroniques de l'oreille.

Par le Dr Maurice Boulay, *ancien interne des hôpitaux.*

Nous avons en vue dans cet article l'affection vulgairement appelée otorrhée : terme *impropre* qui ne désigne que l'un des symptômes de la maladie, l'écoulement du pus par le conduit; terme *trompeur* qui laisse ignorer du praticien les redoutables lésions dont, en dépit de sa bénignité apparente, cet écoulement est une conséquence; terme *dangereux* à employer parce qu'il perpétue cette erreur, aussi vieille que lui, que l'écoulement est fourni par les téguments du conduit auditif externe, qu'il est un flux souvent salutaire et ne présente en tout cas pas

Digitized by Google

plus d'importance que l'impétigo de la face ou du cuir chevelu : ne sont-ce pas là dans l'esprit du public des lésions négligeables, sinon respectables? Combien de médecins, en présence d'une suppuration chronique de l'oreille, diagnostiquent une otite *externe*, sous prétexte qu'en faisant exécuter au malade l'expérience de Valsalva, ils n'entendent pas de bruit de perforation. Or, ces otites externes suppurées chroniques n'existent, pour ainsi dire, que dans leur imagination. On peut poser en principe que toute suppuration prolongée de l'oreille a pour origine les cavités de l'oreille moyenne, qu'elle est la manifestation extérieure d'une *otite moyenne purulente chronique*.

A. Nécessité d'un diagnostic précis. — A ce compte, direz-vous, l'otite moyenne suppurée chronique est bien facile à reconnaître. Oui, sans doute; mais ce diagnostic superficiel, à distance, vous sera de peu d'utilité si, avant toute intervention, vous ne déterminez pas par un examen minutieux le *siége* précis, l'*étendue* et la *nature* des lésions, en un mot, la cause exacte de la suppuration.

Si l'on peut, en effet, formuler quelques principes généraux pouvant servir de guides dans tous les cas, on ne saurait indiquer un traitement uniforme convenant à toutes les suppurations chroniques de l'oreille. C'est que les lésions sont extrêmement variables dans leur siège et dans leur nature.

Au point de vue du *siége*, l'affection peut occuper toute la cavité de la caisse, se localiser à la partie supérieure de celle-ci (suppuration de l'attique), envahir l'antre mastoïdien ou se propager jusque dans les cellules mastoïdiennes : ce sont autant de conditions particulières qu'il faudra reconnaître, car elles exigeront un traitement fort différent.

En ce qui concerne la *nature* des lésions, il vous faudra rechercher :

a). La *situation* et les *dimensions de la perforation*, plus ou moins favorables à l'écoulement du pus; *b)* l'existence sur la muqueuse enflammée de *granulations* bourgeonnantes entretenant la suppuration; *c*) la présence de *polypes* obstruant la perforation et le fond du conduit et rendant illusoire toute irrigation ou instillation antiseptique; *d)* la production d'un *cholestéatome*, envahissant tout ou partie des cavités de l'oreille et évoluant, en quelque sorte, pour son propre compte, à la façon d'un néoplasme; *e)* la *carie* des osselets, l'ostéite des parois de la caisse; *f)* la formation de *fistules* ou de *séquestres*.

B. Nécessité du traitement. — Muni de ces renseignements vous pourrez commencer utilement le traitement, à une condition toutefois, c'est que le malade prenne l'engagement de s'y soumettre fidèlement. Ici, une difficulté vous attend; il s'agit de convaincre le patient de la gravité de son affection et de la nécessité d'y porter remède. A cet effet, instruisez-le de ce qui adviendra si l'otite est abandonnée à elle-même.

Dans les cas les plus favorables, on guérira *spontanément* après de longs mois ou de longues années, mais non sans laisser comme traces de son existence des lésions indélébiles d'autant plus profondes que la suppuration aura duré davantage : ce sera une ou plusieurs perforations *persistantes* du tympan, exposant la caisse à de nouvelles infections, des plaques *d'atrophie* cicatricielle ou *d'épaississement*, des zones *d'infiltration calcaire* enlevant à la membrane toute élasticité et tout pouvoir de vibrer, des *adhérences* du tympan au promontoire, des *brides fibreuses* unissant les osselets entre eux ou aux parois de la caisse et les immobilisant. La conséquence de ces processus cicatriels et adhésifs est une diminution plus ou moins marquée, mais définitive, de l'ouïe et parfois l'installation de bruits subjectifs des plus pénibles et presque irrémédiables.

Lorsque l'otite ne présente pas cette évolution, qu'on doit regarder comme relativement heureuse, la suppuration persiste indéfiniment, plus ou moins abondante selon les moments, plus ou moins fétide et irritante pour le conduit dont les parois peuvent s'enflammer à leur tour, s'infecter, et devenir le siége des poussées furonculeuses extrêmement douloureuses. D'abord limitées à la fibro-muqueuse, les lésions envahissent bientôt les parois osseuses sous-jacentes : les osselets cariés s'exfolient et s'éliminent partiellement ou totalement avec le pus, de petits séquestres se forment sur les parois de la caisse ou de l'antre; la propagation des lésions au canal de Falloppe, la compression du nerf qui parcourt ce canal par un séquestre déterminent une paralysie faciale. Puis un jour ou l'autre les parois osseuses ainsi altérées s'effondrent; le pus jusqu'alors enfermé dans le dédale des cavités de l'oreille moyenne et canalisé vers le conduit, se crée une issue à la surface de l'apophyse mastoïde (fistule mastoïdienne), ou dans la cavité crânienne si voisine (méningite, phlébite du sinus et pyohémie, abcès extra-dural ou encéphalique). Et n'allez pas croire que ce dernier ordre d'accidents soit exceptionnel, qu'il ne se réalise que dans les cas spéciaux où l'écoulement est particulièrement abondant et l'affection particulièrement bruyante : c'est fréquemment au cours d'une otite suppurée jusque-là bénigne, accompagnée d'un écoulement si minime qu'il a pu passer inaperçu qu'en pleine santé apparente éclate la complication mortelle. Que de prétendues méningites tuberculeuses ne sont que des accidents encéphaliques d'origine otitique! Pour ne parler que des abcès du cerveau ou du cervelet, ne sait-on pas aujourd'hui que la grande majorité d'en-

Digitized by Google

tre eux sont la conséquence, la propagation d'une suppuration de l'oreille moyenne?

Apprenez donc au malade que, sous des dehors bénins, son affection est des plus sérieuses, et, sans reproduire brutalement le tableau quelque peu effrayant que nous venons de tracer, faites-lui comprendre qu'il est de son intérêt de ne pas la négliger.

C. Que peut-on attendre du traitement? — En échange de sa soumission au traitement, que pouvez-vous lui prometttre? Êtes-vous en mesure de garantir l'efficacité du traitement et d'en prédire la durée? A cette double question il vous faut répondre avec prudence et réserve.

En ce qui concerne l'*effet du traitement* vous pouvez vous engager à éloigner toute chance de complication; quant à la guérison radicale et définitive elle est, sauf complications déjà déclarées, toujours possible: c'est une question de temps ou d'intervention opératoire plus ou moins étendue. Mais une fois la source de la suppuration tarie, le malade entendra-t-il? Rien n'est moins certain, la membrane et les osselets ne devant pas recouvrer leur intégrité.

Au sujet de la *durée du traitement*, vous avez peu de chance de vous tromper en avertissant qu'elle sera longue. Sans doute il est des otites moyennes suppurées, vieilles de dix et quinze ans, qui cèdent en quelques semaines à un traitement bien conduit; mais, dans la plupart des cas, c'est par de longs mois que se mesure la durée du traitement. L'existence des lésions osseuses étendues, la localisation des lésions à l'attique, la participation de l'antre et de l'apophyse mastoïde doivent vous rendre très réservés dans l'appréciation de la durée et de l'efficacité du traitement: vous pourrez, dans ces cas, être entraîné à de larges interventions opératoires qui vous feront le plus souvent reconnaître l'existence d'altérations encore plus étendues et plus profondes que vous ne le supposiez.

Dans les cas où l'inoculation du pus au cobaye vous démontrera la nature tuberculeuse des lésions, portez d'emblée un pronostic plus grave.

D. Principes du traitement. — Les règles qui doivent présider au traitement de toute otite moyenne suppurée chronique peuvent être résumées dans les quatre formules suivantes:

1° Assurer la sortie du pus;

2° Désinfecter l'oreille moyenne;

3° Prévenir toute infection secondaire;

4° Traiter la cause première de l'affection.

Voyons comment on réalise ces quatre indications fondamentales.

I. *Assurer la sortie du pus.* — En raison de la conformation anatomique des cavités de l'oreille moyenne, le pus qui y prend naissance a une grande tendance à y séjourner et à s'y décomposer sur place: l'action irritante de ces sécrétions provoque alors à la longue des altérations secondaires (granulation, érosions de la muqueuse, dénudation osseuse, etc.) qui peuvent être plus profondes que les lésions primitives et qui par un cercle vicieux entretiennent à leur tour la suppuration.

A. *S'il existe une large perforation*, il suffit d'ordinaire d'entretenir la perméabilité du conduit pour que le pus s'écoule librement. Plusieurs moyens sont à notre disposition: les *irrigations*, les *bains locaux*, le *nettoyage à sec* et le *drainage*.

a) Les *lavages* du conduit sont seuls applicables lorsque le malade doit se soigner lui-même et ne peut recourir à l'intervention répétée du médecin. Il les fait de une à trois fois par jour, selon l'abondance de l'écoulement, avec de l'eau bouillie boriquée ou salée; lorsque l'exsudat est particulièrement fétide on remplace avec avantage l'eau bouillie par une solution de sublimé à 25 centigrammes par litre; toutefois si le liquide injecté refluait dans le pharynx, il faudrait substituer au sublimé une substance moins toxique, telle que la résorcine à raison de 5 grammes par litre. Un séchage au coton hydrophile doit suivre chaque irrigation; il sera fait avec une grande douceur de façon à éviter tout traumatisme et toute irritation du fond du conduit.

Les injections ne sont pas toujours bien supportées; elles provoquent parfois du vertige ou bien encore augmentent l'abondance de la suppuration et semblent l'entretenir indéfiniment: lors donc que l'un de ces deux cas se présente, en particulier lorsque l'aspect objectif ne paraît pas expliquer suffisamment la persistance de la suppuration, pensez à incriminer les lavages et supprimez-les, substituez-leur les bains d'oreilles, le nettoyage à sec ou le drainage à la gaze.

b) La technique des *bains* est très simple. On fait pencher la tête du malade sur l'épaule du côté sain et l'on remplit le conduit du liquide qu'on a choisi: le meilleur est l'*eau oxygénée* à 12 volumes, exempte d'acide chlorhydrique; elle désagrége le pus, est antiseptique et décongestionne l'oreille; enfin elle a l'avantage de n'être pas toxique. Chaque bain doit durer dix minutes; pour qu'il soit plus efficace il est bon de renouveler deux ou trois fois le liquide pendant sa durée. Les bains sont donnés deux fois par jour en moyenne, plus souvent s'il est nécessaire. Ce traitement est indolore et toujours inoffensif: aussi représente-t-il le traitement de choix pour les malades qui continuent à promener leur otite sans pouvoir la faire surveiller: une condition est toutefois nécessaire à son efficacité d'ailleurs relative, c'est que la perforation du tympan soit large.

c) Pour être bien fait, le *nettoyage à sec* doit être

Digitized by Google

pratiqué sous le contrôle de la vue ; c'est un moyen qui n'est pas à la portée du malade ; réservez-le pour votre usage personnel ; il est applicable chaque fois que le fond de l'oreille à examiner n'est pas encombré de pus très épais et trop adhérent. Malheureusement il est peu pratique pour un traitement prolongé, car vous ne pouvez vous assujettir à renouveler vous-même ce nettoyage chaque jour pendant plusieurs semaines.

d) Le *drainage* à la gaze présente l'avantage de demander une intervention moins fréquente du médecin. Préparez une bande de gaze antiseptique de un centimètre de largeur sur cinq à six centimètres de longueur, saisissez-là par l'une de ses extrémités avec une pince effilée et sans mors, et introduisez-la dans le conduit jusqu'au voisinage de la membrane perforée ou bien, si celle-ci est complètement détruite, jusque dans la caisse ; placez enfin un tampon d'ouate hydrophile dans la conque. Cette mèche que vous laissez à demeure dans l'oreille va s'imbiber de l'exsudat au fur et à mesure de sa production et assurer un véritable drainage du conduit. Deux précautions sont à prendre : 1° Ne tassez pas la gaze, car elle perdrait une partie de son pouvoir absorbant et formerait dans le conduit un bouchon qui deviendrait une cause de rétention des sécrétions dans la caisse, effet contraire au but cherché ; 2° n'employez ce pansement que si les sécrétions sont suffisamment fluides pour être absorbées par la gaze ; un exsudat épais, concret, une desquamation épithéliale intense sont une contre-indication à son emploi. Au lieu d'introduire la mèche d'une seule pièce, il est souvent plus commode de la couper en deux ou trois tronçons de deux ou trois centimètres de long, qu'on met en place successivement les uns par dessus les autres. Outre la facilité d'introduction, cette fragmentation a l'avantage de prévenir le déroulement de la bande et sa chute totale hors du conduit ; si les fragments les plus voisins du méat tombent d'eux-mêmes ou sont extraits par le malade, le fond du conduit reste tamponné.

La gaze iodoformée dont on se sert habituellement pour cet usage irrite parfois la peau du conduit et y provoque une dermatite artificielle, en particulier chez les jeunes enfants : il convient alors d'y substituer une lanière de gaze à l'acide borique, à l'aristol, au traumatol, etc., etc., ou de gaze simplement stérélisée.

Le temps pendant lequel la mèche peut être laissée en place est subordonné à l'abondance de l'écoulement ; le malade ne doit pas y toucher, il se contente de renouveler le coton hydrophile placé dans la conque au fur et à mesure qu'il est souillé par le pus ; quant à la gaze, suivant son degré d'imbibition, elle est changée par le médecin au bout de vingt-quatre, de quarante huit heures, de trois ou quatre jours ou d'un temps encore plus long.

B. *Lorsque la perforation est petite*, les soins précédents sont le plus souvent insuffisants à assurer l'écoulement du pus, surtout si celui-ci est épais. Au drainage du conduit il faut ajouter le drainage de la caisse ; pour cela on a recours à la *douche d'air* ou à l'*aspiration* par le conduit à l'aide du spéculum de Siegle ou de l'appareil de Delstanche. Ces deux moyens peuvent être appliqués séparément ou conjointement. L'insufflation d'air dans la caisse ou l'aspiration doivent être précédées et suivies d'un nettoyage du conduit. La plus ou moins grande quantité de pus que la douche d'air fait sortir permet de juger du degré de rétention. Selon les besoins, on renouvelle l'opération tous les jours, tous les deux ou trois jours ou à intervalles plus espacés.

C. *Autres causes de rétention.* — En dépit de ce traitement, il peut survenir des symptômes de rétention : douleurs, céphalalgie, vertige, fièvre, etc. Examinez alors la membrane et vous constaterez le plus souvent de deux choses l'une :

1° *Obstruction de la perforation :* l'orifice plus ou moins étroit est obstrué par un grumeau de pus, une masse épithéliale ou caséeuse, une granulation implantée sur ses bords, un polype inséré dans la caisse ; vous devez alors agrandir séance tenante la perforation à l'aide d'un bistouri à oreille de Schwartze. Cette intervention aura pour premier résultat de donner issue aux sécrétions ; elle vous permettra ensuite d'introduire dans la caisse les instruments (canule de Hartmann, stylet, curette, etc.) nécessaires au traitement des lésions spéciales qu'elle peut présenter.

2° *Rétention partielle :* la perforation est béante, mais la membrane présente en un point éloigné de l'ouverture perforative une voussure indiquant qu'elle est refoulée en ce point par une masse liquide ou solide (pus, productions caséeuses ou cholestéatomateuses, polypes). Le refoulement de la membrane par le pus s'observe dans deux conditions principales : *a)* lorsque la *perforation est très élevée :* l'exsudat séjourne alors dans la partie inférieure de la caisse et ne s'écoule que par regorgement ; *b)* plus rarement lorsque la *caisse est cloisonnée* par des adhérences. Qu'il s'agisse de pus, de cholestéatome ou de polype, une large *contre-ouverture* au point le plus saillant de la membrane permettra de faire à la fois le diagnostic et le traitement de la lésion.

II. *Désinfecter l'oreille moyenne.* — Nous n'avons pas de moyen d'assurer l'antisepsie parfaite de cavités aussi anfractueuses que celles de l'oreille moyenne. Leur désinfection n'est jamais que partielle et incomplète. On peut chercher à l'obtenir à l'aide

Digitized by Google

de *liquides* ou de *poudres* antiseptiques. Dans tous les cas elle doit être précédée d'un nettoyage soigneux, sinon elle est illusoire.

A. *Liquides.* — Les *liquides* sont versés dans le conduit et maintenus dans son intérieur; en cas de large ouverture de la membrane, ils pénètrent facilement et d'emblée jusque dans la caisse; lorsque la perforation est étroite, ils se mélangent à l'exsudat au niveau même de la perforation et pénètrent dans les cavités de l'oreille moyenne par diffusion.

Les instillations se font d'ordinaire matin et soir, après lavage et séchage du conduit; à cet effet le malade penche la tête sur l'épaule du côté sain, de façon à ce que le conduit devienne à peu près vertical et que les gouttes qu'on y fera tomber se réunissent au fond de celui-ci; on y verse alors, soit avec un compte-gouttes, soit avec une cuiller à café, six à huit gouttes de la solution qu'on a choisie et qui a été préalablement tiédie. Le liquide doit rester dans l'oreille; aussi faut-il, avant que le malade ne relève la tête, obturer le méat avec un tampon de coton. A cet effet il faut choisir de l'ouate *ordinaire* et non de l'ouate hydrophile, car cette dernière absorberait la solution antiseptique qui, loin de baigner le fond de l'oreille, n'assurerait que l'antiseptie du méat; si l'on n'avait que du coton hydrophile à sa disposition, il faudrait avoir soin d'enduire le tampon de vaseline afin de lui enlever ses propriétés absorbantes.

La glycérine phéniquée, prescrite selon la formule suivante :

Glycérine neutre	**20 grammes**
Acide phénique neigeux	**1 —**

est ici, comme dans l'otite moyenne aiguë, l'antiseptique de choix. Toutefois, lorsque la perforation est très petite, il y a lieu de craindre qu'un liquide aussi épais ne pénètre difficilement dans la caisse; il y a alors avantage à lui substituer un mélange par parties égales de liqueur de Van Swicten et de glycérine :

Glycérine neutre	**aà 10 grammes**
Liqueur de Van Swieten	

On peut d'ailleurs faciliter la pénétration de la solution soit en pressant à plusieurs reprises sur le tragus de façon à comprimer le liquide dans le conduit, soit en faisant faire un mouvement de déglutition, les narines pincées, soit encore en donnant une douche d'air par le nez afin d'entr'ouvrir la perforation et de faire barboter l'air dans le liquide.

Lorsque les parois du conduit sont trop irritées pour supporter le contact de solutions aussi concentrées que celles que nous venons d'indiquer, il faut en diminuer le titre ou bien recourir à des antiseptiques moins irritants; on aura le choix entre les solutions suivantes :

a) **Acide borique stérilisé**	**2 grammes**
Glycérine pure	**20 —**
b) **Résorcine**	**1 gramme**
Glycérine pure	**20 —**
c) **Iodol**	**0 gr. 75**
Huile de vaseline stérilisée	**20 grammes**

En général il est bon de *changer de temps en temps la solution employée,* car l'oreille s'habitue vite à un pansement et il n'est pas rare que, reprise après une suspension de quelques semaines, une substance qui, une première fois, n'avait pas agi, fasse preuve d'une efficacité remarquable.

B. *Poudres.* — Comme les liquides, les *poudres* ne peuvent être introduites directemennt dans la caisse que s'il existe une large ouverture de la membrane; en cas contraire, elles n'arrivent qu'au contact du tympan : dans ces conditions, elles ne paraissent agir que si elles sont *solubles*, c'est-à-dire si, au contact de l'exsudat qui vient incessamment se présenter à l'orifice de la membrane, elles se dissolvent, en si petite quantité soit-il, de façon qu'un contre-courant s'établisse et les entraîne dans la caisse. Ces poudres présentent un danger qui doit rendre réservé dans leur emploi : elles peuvent former dans le fond du conduit un bouchon qui obture la perforation et amène des phénomènes de rétention et ce danger sera d'autant plus grand que la poudre sera moins soluble.

Parmi les *poudres solubles* il n'y a guère que l'*acide borique* qui soit utilisé.

Deux conditions sont nécessaires pour autoriser l'emploi de cette médication; il faut : 1° que la perforation soit assez large pour qu'on n'ait guère à redouter la production de phénomènes de rétention; 2° que l'écoulement soit déjà très réduit. On se sert d'acide borique porphyrisé pur ou mélangé d'un dixième de poudre d'alun; il doit être très sec et avoir été stérilisé.

Le conduit et la partie accessible de la caisse ayant été préalablement nettoyés et séchés avec le plus grand soin, on remplit d'acide borique le tiers ou la moitié interne du conduit. La poudre doit être en contact avec la membrane et autant que possible avec la muqueuse de la caisse; à cet effet, il ne faut l'introduire dans le conduit que par petites quantités à la fois, par couches successives en quelque sorte et sous le contrôle de la vue, c'est à dire à l'aide du spéculum et du miroir frontal. Un insufflateur de Kabierske facilite beaucoup l'opération; à son défaut, on pratique une série d'insufflations avec la bouche, munie d'un tube de verre ou de caoutchouc, ou bien encore on dépose à l'entrée du spéculum une petite quantité de poudre qu'on refoule ensuite dans le fond du conduit à l'aide d'un stylet dont l'extrémité est garnie de coton; cette opération

Digitized by Google

est répétée autant de fois qu'il est nécessaire. La poudre ne doit pas être tassée ni comprimée; on achève le pansement en obturant le méat avec un tampon de ouate.

On réalise ainsi un véritable pansement occlusif qu'il faut surveiller les jours suivants.

Si la poudre paraît rester sèche, il est probable que tout suintement a cessé et que l'otite est guérie; toutefois, ne vous hâtez pas de l'affirmer, attendez qu'une huitaine de jours se soient écoulés depuis l'application du pansement; au bout de ce temps, enlevez celui-ci à sec, par le procédé indiqué plus bas; les couches les plus profondes de poudre, celles qui sont en contact avec la muqueuse de la caisse, pourront être humectées de pus, alors que les couches superficielles sont restées sèches; essuyez et séchez le fond de l'oreille et appliquez un nouveau pansement sec, que vous surveillerez de la même façon et que vous renouvellerez à son tour, s'il est nécessaire.

Si la poudre s'humidifie, le phénomène peut être dû à l'une des deux causes suivantes qu'il faudra distinguer avec soin :

a) Ou bien il résulte d'un suintement séreux provoqué par le premier contact de l'acide borique avec la muqueuse de la caisse. Cette transsudation, comparable à celle qui se produit à la surface de la pituitaire lorsqu'on insuffle la même poudre dans les fosses nasales, s'observe dès le premier ou le second jour; elle est fugace; dès qu'elle cesse, les particules de poudre, à moitié dissoutes, se dessèchent de nouveau et s'agglomèrent en formant un bouchon qui est parfois d'une dureté pierreuse. Laissez le pansement en place en le surveillant comme dans le cas précédent.

b) Ou bien il résulte de la persistance de la suppuration; la poudre est alors rapidement dissoute par l'exsudat et balayée par lui. Dans ces conditions, renouvelez le pansement à mesure qu'il devient humide, tous les trois jours, tous les deux jours s'il le faut. Si, après dix ou douze jours de ce traitement, vous ne constatez aucune amélioration, revenez aux instillations antiseptiques, quitte à essayer de nouveau le pansement sec quelques semaines plus tard.

Lorsque la poudre est restée intacte dans l'oreille pendant cinq ou six semaines de suite, enlevez le pansement sans le renouveler. A cet effet, évitez d'employer une injection; servez-vous d'un stylet à l'aide duquel vous dissocierez et réduirez en poudre le bouchon plus ou moins compact formé par l'acide borique et chassez ensuite cette poudre en faisant quelques insufflations d'air dans le conduit avec la poire de Politzer.

A côté de ses avantages, ce pansement présente aussi quelquefois des inconvénients qui forcent à y renoncer après un premier essai. Soit qu'il agisse à la façon d'un corps étranger, soit qu'il provoque une rétention de l'exsudat, il détermine en effet chez quelques malades, en particulier chez les névropathes, de vives douleurs auriculaires, des crises névralgiques, de la céphalalgie que le nettoyage du conduit fait rapidement disparaître et qui se reproduisent à chaque nouvelle tentative de pansement occlusif.

L'emploi de *poudres insolubles* n'est autorisé que : 1° si l'exsudat est très peu abondant; 2° si la caisse est largement ouverte. L'iodoforme serait l'antiseptique de choix, si le plus souvent son odeur n'était insupportable au malade et à son entourage : aussi est-on d'ordinaire obligé d'avoir recours à des succédanés, tels que le diiodoforme, le dermatol, le xéroforme, l'aristol. Ici, il faut se garder de bourrer le conduit de poudre on se contentera d'insuffler une légère quantité de la substance antiseptique finement pulvérisée dans la caisse de façon à en saupoudrer les parois.

III. *Empêcher toute infection secondaire* venant du dehors. Etant donné qu'on a affaire à un foyer d'infection placé entre deux sources de contamination constante, le *conduit* et le *pharynx nasal*, il faut assurer la désinfection de l'un et de l'autre. De plus, les instruments et objets de pansement doivent être rigoureusement stérilisés; les mains qui touchent ces instruments et ces objets doivent être désinfectées. Insistez sur ces soins auprès du malade et des personnes qui l'entourent.

IV. *Traiter les lésions causales.* — En dehors des altérations locales, il faut chercher les causes de la suppuration prolongée : d'une part dans le nez et l'arrière-nez, de l'autre dans l'état général.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur le rôle joué par les lésions des *fosses nasales et de l'arrière nez* dans l'étiologie des otites moyennes en général; le traitement simultané de ces lésions est d'une importance au moins égale à celle du traitement de l'oreille elle-même.

Les rapports de la suppuration de l'oreille moyenne avec l'état général sont parfois étroits; c'est ainsi que la syphilis (héréditaire ou acquise) joue un rôle de premier ordre dans l'étiologie de certaines otites qui, rebelles à tout traitement local, cèdent rapidement au traitement spécifique. La tuberculose, le diabète, la goutte fournissent autant d'indications d'un traitement général à associer au traitement local.

D'autres fois, c'est un état général mal déterminé (anémie, lymphatisme, etc.) qui est associé à l'otite; qu'il soit la cause entretenant la suppuration, ou qu'il en soit seulement l'effet, cet affaiblissement de l'organisme s'oppose à la réparation des lésions; il y

Digitized by Google

a avantage à le combattre par la vie au grand air, l'hygiène, les préparations reconstituantes, l'hydrothérapie, le changement d'air; notons cependant qu'en général le séjour au bord de la mer, même quand il améliore l'état général, est plutôt défavorable à l'état local.

Soins consécutifs à la guérison. — Une fois la suppuration arrêtée, le malade doit s'astreindre encore pendant longtemps à certaines précautions : car toute irritation locale, quelle qu'en soit la nature, peut facilement ramener une poussée nouvelle d'otite. La muqueuse de la caisse aura surtout besoin d'être protégée contre les influences extérieures en cas de perforation persistante de la membrane. C'est principalement l'action de l'air et de l'eau qu'il faut craindre. Lorsqu'il sortira, le malade devra boucher l'ouverture extérieure de son oreille avec un tampon de coton afin d'empêcher l'accès du froid, du vent, de l'humidité, des poussières. C'est une précaution à laquelle il ne pourra se soustraire que pendant les beaux jours de l'été. Il devra éviter avec soin toute pénétration d'eau dans le conduit; non seulement il s'abstiendra de toute injection, mais il veillera à ce que pendant sa toilette il n'entre par mégarde un peu de liquide dans l'oreille; lorsqu'il prendra des bains, il fermera l'entrée de son conduit avec une boulette d'ouate huilée ou vaselinée.

Le traitement que nous venons d'exposer est celui de l'otite moyenne suppurée simple, sans aucune complication. Or, le plus souvent, il doit être modifié ou complété par diverses interventions dont l'indication est fournie par l'existence de lésions particulières, essentiellement variables suivant les cas, granulations, polypes, cholesteatome, ostéite (1). Mais ici le traitement devient plus délicat : l'intervention d'un spécialiste est nécessaire.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

NOUVEAUX REMÈDES

Acétopyrine.— Ce médicament préconisé comme nouvel antipyrétique (*Pharmaceutischer Reformer*, 17 nov. 1900) est une combinaison d'acide acétylsalicylique et d'antipyrine. Il est difficilement soluble dans l'eau froide, plus facilement dans l'eau bouillante, facilement dans l'alcool et le chloroforme.

Le suc gastrique ne dissoudrait ce médicament qu'en quantités insignifiantes, sans toutefois le décomposer de manière à mettre l'acide salicylique en liberté, et cette décomposition n'aurait lieu que dans l'intestin.

L'acétopyrine n'aurait donc pas d'action ultérieure fâcheuse sur l'estomac, comme cela se produit pour la plupart des préparations à base d'acide salicylique.

Ce médicament employé dans les cas de rhumatisme chronique, par doses de 3 à 5 grammes par jour, et pendant plusieurs semaines, n'aurait occasionné aucun trouble dans la digestion ni autre effet fâcheux provenant de l'emploi de l'acide salicylique.

Les résultats obtenus auraient été satisfaisants, surtout dans les cas aigus, à la dose de 0 gr. 50 six fois par jour.

Ces résultats sont fort intéressants, surtout s'ils sont confirmés; toutefois, qu'il nous soit permis de faire remarquer qu'un médicament très voisin de l'acétopyrine, l'aspirine, acide acétylsalicylique dont nous avons parlé, paraît avoir été l'objet d'éloges immérités. — A. G.

Médication tonique chez les urinaires. — M. Bazy donne la préférence aux pilules d'extrait mou de quinquina auxquelles il associe suivant les cas : la quinine, la rhubarbe, l'extrait de kola, d'après les formules suivantes :

Extrait mou de quinquina	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Extrait de noix fraîche de kola	0 — 05

Pour 1 pilule : 6 par jour (2 à chaque repas) pendant 20 jours.

ou :

Extrait mou de quinquina	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Chlorhydro-sulfate de quinine.	0 — 05

Pour 1 pilule : 6 par jour.

ou :

Extrait mou de quinquina	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Poudre de rhubarbe.....	0 — 05

Pour 1 pilule : 6 par jour.

Comme auxiliaires, donner la caféine en injections sous-cutanées (0,50 cent. à 1 gramme par jour en deux ou trois injections) ; la strychnine à la dose de 1 milligramme répétée deux ou trois fois par jour, en injections hypodermiques ; l'huile camphrée à 1/10, un centimètre cube toutes les trois ou quatre heures.

La caféine est en plus diurétique, mais elle est un peu excitante, et si l'on ne cherche que l'action diurétique, on devra lui préférer la théobromine.

Pommade Lucas-Championnière :

Microcidine.....	0 gr. 30
Essence de Geranium	0 — 20
— d'origan.....	0 — 20
— de verveine.....	0 — 20
— de thym.....	0 — 20
Vaseline blanche pure.....	100 grammes

Bien que très antiseptique, cette pommade n'est pas irritante. Elle convient particulièrement au traitement des plaies tégumentaires étendues qui, comme les brûlures, sont d'une extrême susceptibilité aux antiseptiquee ordinaires. (Dr Helouin, *Soc. pharm.*, janv. 1901). — A. G.

(1) Pour le traitement applicable aux cas particuliers, voir la *Thérapeutique des maladies de l'oreille*, par M. Lermoyez et M. Boulay (2 vol. de la Bibliothèque de Thérapeutique, Doin, éditeur. Sous presse).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Les nodosités sous-cutanées rhumatismales chez les adultes. — Ces nodosités, signalées pour la première fois par Meynet (de Lyon), ont été étudiées depuis par plusieurs auteurs, mais presque uniquement chez des sujets jeunes et plutôt comme des raretés pathologiques. Strandgaard, qui les a étudiées dans les deux premiers numéros pour cette année de l'*Hospitalstidende,* n'a pu réunir que 13 observations dans la littérature. Il y ajoute trois observations personnelles. Le point curieux dans ces observations est qu'il s'agit de personnes âgées, de 59, 63 et 70 ans respectivement. Il croit pourtant que ces nodosités sont plus rares à un âge avancé que chez les enfants.

Elles se montrent plutôt dans les cas de rhumatisme prolongé, récidivant. Dans la plupart des cas, il s'agissait de rhumatisme poly-articulaire typique, compliqué d'endocardite. Mais elles peuvent aussi s'observer dans le rhumatisme chronique déformant.

Chaque nodosité peut durer un temps variable, quelques semaines, quelques mois et même des années, dépendant de la plus ou moins grande chronicité de l'affection articulaire. Généralement, il est difficile de se prononcer sur leur mode de développement, s'il est brusque ou lent, car on ne les découvre ordinairement que d'une façon accidentelle. Mais si l'attention est éveillée de ce côté, on peut les voir se développer brusquement, d'un jour à l'autre, Une fois développées, elles varient peu de volume. Elles sont quelquefois le siège de douleurs spontanées et sensibles à la pression.

Leur siège n'est jamais dans la peau elle-même, mais dans le tissu fibreux sous-cutané. Généralement, elles adhèrent aux aponévroses, aux tendons ou au périoste, mais elles peuvent également rester mobiles par rapport à ces parties. La peau qui les recouvre n'est jamais rouge.

Les nodosités sous-cutanées rhumatismales peuvent siéger un peu partout, mais elles affectionnent certaines localités, l'olécrane en particulier. On les trouve autour des tendons des extrémités, autour des articulations, surtout celles des doigts; sur des surfaces osseuses, le crâne, le sternum, l'épine de l'omoplate, la clavicule, le bord interne du cubitus, du tibia, autour des malléoles, etc. Plus souvent, on les trouve du côté de l'extension que du côté de la flexion. Leur nombre est rarement plus d'une vingtaine à la fois, mais on en a vu jusqu'à cinquante.

On connaît maintenant assez bien leur anatomie pathologique, car il a été fait un certain nombre de biopsies avec examen microscopique. Presque invariablement, on n'a trouvé que du tissu fibreux plus ou moins dense, plus ou moins vascularisé. Mais, exceptionnellement, on a encore trouvé, dans ces nodosités fibreuses, des masses ressemblant à du tissu cartilagineux ou osseux. Nepveu a trouvé que les nodosités rhumatismales peuvent avoir une origine embolique, mais le cas observé par lui diffère sensiblement des nodosités ordinaires. Elles sont probablement d'origine inflammatoire et ce n'est que dans les nodosités ayant duré quelque temps que le tissu fibreux se développe. Chez les enfants, on trouve une infiltration cellulaire plus prononcée, probablement parce que, chez eux, les nodosités sont d'origine plus récente.

Au point de vue du pronostic, les nodosités rhumatismales n'ont pas d'autre signification que de se montrer dans les cas graves. Elles-mêmes, elles n'ont aucune gravité.

Il n'y a pas de raison pour instituer un traitement local spécial. — Kr.

La mort subite par inhibition. — Parmi les nombreuses causes de mort subite, il en est une particulièrement intéressante pour le praticien et pour le médecin légiste, c'est la mort subite par inhibition, c'est-à-dire par arrêt du cœur et de la respiration consécutivement à l'irritation d'un autre point du corps. La connaissance des diverses conditions dans lesquelles peut se produire la mort subite par inhibition est doublement importante en ce qu'elle permet d'éviter parfois cet accident, chez les individus particulièrement susceptibles au point de vue nerveux, et aussi en ce qu'elle permet d'expliquer les causes de la mort, dans certains cas, lorsque les circonstances de la mort sont bien connues et que cependant l'autopsie est négative.

Les causes principales de ce genre de mort subite, d'après les observations recueillies par M. Poirault (*Thèse de Paris 1900*), sont la contusion des organes génitaux, du larynx et de l'abdomen.

Chez la femme, les manœuvres abortives portant sur l'utérus, les injections intra-utérines, les injections vaginales, et même le toucher vaginal à lui seul, peuvent déterminer la mort subite. Chez l'homme, le traumatisme des testicules peut produire le même effet.

La strangulation, la pendaison, parfois même un traumatisme léger de la région antérieure du cou, sont encore des causes de mort subite. De même aussi

Digitized by Google

les coups portés dans la région épigastrique, et dont l'expérience classique de la chiquenaude sur le ventre d'une grenouille est la reproduction expérimentale. Enfin, des traumatismes portant sur différents points du corps peuvent aussi être une cause d'inhibition ; on a vu des cas de mort subite à la suite d'opérations très légères pratiquées sur le voile du palais, le pharynx ou les fosses nasales, à la suite d'une opération de bec de lièvre, à la suite de la dilatation du sphincter anal, de la ponction de kystes hydatiques du foie.

Mais il n'est pas nécessaire qu'il y ait traumatisme pour qu'il y ait inhibition ; c'est ainsi que la mort subite survient dans les cas d'immersion dans une eau très froide, après ingestion de boissons froides, et aussi chez les petits enfants pendant le sommeil. Chez les individus dont le système nerveux est impressionnable, une simple émotion suffit : annonce d'une nouvelle imprévue, accès de rire, de colère, peur.

Le fait que les cas de mort subite par inhibition ne sont pas plus nombreux s'explique en partie par la nécessité de conditions favorisantes, dont les principales paraissent être la période digestive, l'impressionnabilité et l'état psychique du sujet. — B. H.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la péricardite purulente, par l'incision du péricarde. — M. Porter (*Bost. Med. et Surg. J.*, 18 octobre 1900), passe en revue les cas de péricardite traités chirurgicalement.

51 cas ont été publiés avec 20 guérisons (40 0/0).

Ils se décomposent ainsi : péricardite purulente, 46; péricardite sérofibrineuse rhumatismale, 2 (deux guérisons); péricardite hémorragique traumatique, 1 ; péricardite séreuse, 2.

L'étiologie très variée de ces péricardites est la suivante, par ordre décroissant : pneumonie avec ou sans empyème, ostéomyélite, blessures du péricarde, empyème sans pneumonie, rhumatisme, pleurésie de nature indéterminée, pleurésie au cours de la fièvre typhoïde.

Voici les conclusions qu'il tire de la discussion :

1° L'incision du péricarde est indiquée dans tous les cas de péricardite suppurée;

2° La ponction du péricarde est dangereuse, elle risque de blesser la plèvre et le cœur. En effet, le cul-de-sac antérieur de la plèvre occupe une situation variable chez chaque individu et d'autre part, quand il y a épanchement péricardique, le cœur reste le plus souvent en contact avec la paroi thoracique qu'il y ait, comme c'est la règle, ou non des adhérences entre les deux feuillets du péricarde au niveau de la face antérieure du cœur;

3° L'incision du sac se fait rapidement, sûrement, souvent même à l'aide de l'anesthésie locale.

5° Dans la péricardite séreuse, l'incision est à la fois moins dangereuse et plus rapidement exécutée que la ponction aspiratrice.

Cette dernière proposition ne peut être acceptée qu'avec réserves. Les dangers de la ponction du péricarde ont été exagérés, et il reste en outre à établir par des observations probantes que l'incision permet de prévenir ou de détruire les adhérences récentes.

Le manuel opératoire est décrit en détail par l'auteur qui a exécuté au préalable de nombreuses expériences sur le cadavre.

1° D'éviter l'ouverture de la cavité pleurale;

2° D'inciser la cavité du péricarde en un point qui sera drainé facilement.

Pour cela, il faut inciser à partir de la ligne médiane du sternum en suivant le bord supérieur du cinquième cartilage costal gauche jusqu'à sa jonction avec la cinquième côte. Mettre à nu le cartilage et le séparer du sternum et de la côte sans blesser la plèvre. On voit alors et on coupe entre deux ligatures les vaisseaux mammaires internes. On désinsère de ses attaches sternales le muscle triangulaire qu'on récline du côté de la pointe du cœur. S'il y a de la graisse, la sonde cannelée, bien maniée, met à nu le péricarde, qu'on reconnaît à son épaisseur. C'est le moment de confirmer le diagnostic par une ponction aspiratrice si la ponction n'a pas encore été faite.

L'incision du péricarde doit être dirigée en bas et en dehors, en la commençant près du bord du sternum; on fixe les lèvres de l'incision aux parties molles et on irrigue la cavité avec une solution saline chaude ou avec une faible solution chaude de sublimé ou d'acide phénique. Ce lavage doit entraîner les masses fibrineuses qui peuvent exister dans la cavité et il faut le prolonger jusqu'à ce que la solution soit limpide. Deux drains accolés, l'un long et pénétrant profondément permet de faire les lavages consécutifs, l'autre, court, assure la sortie du liquide de lavage. — E. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action de la thiosinamine sur les tissus de cicatrices. — La thiosinamine ou sulfocarbonate d'allyle $\left(CS \begin{cases} AzH^2 \\ AzHC^3H^5 \end{cases} \right)$ appartient à la famille des dérivés de l'essence de moutarde et n'a guère d'application à l'intérieur; c'est surtout un médicament ex-

Digitized by Google

terne, dont les dermatologistes comme von Hebra et Richter surtout se sont servis.

D'après l'ensemble des travaux publiés à ce sujet et résumés par M. le Dr Ludwig Teleky, de Vienne (*Centralbl. für die Grenz gebiete der Medizin und chirurgie*, 1er janv. 1901), la thiosinamine trouverait son emploi d'une façon générale contre les reliquats de processus inflammatoire, contre les cicatrices. Elle donne de bons résultats dans les cas de tumeurs ganglionnaires, d'exsudats anciens, quand le travail inflammatoire a cessé depuis longtemps et ne fait pas craindre de retour offensif.

Les tentatives faites contre les adhérences péritonéales, les rétrécissements rhinoscléromateux ou syphilitiques des voies aériennes supérieures du pharynx de l'œsophage, des cicatrices, du pylore ou de l'intestin sont moins probantes.

La thiosinamine n'a pas d'effets sur les rétrécissements néoplasiques malins, ni sur les inflammations non résolues.

Von Hebra a fait la cure du lupus avec la thiosinamine.

Le mode d'emploi le plus recommandable, malgré ses inconvénients, consiste dans les injections sous-cutanées d'une solution alcoolique de 10 à 15 0/0, pour l'enfant à 5 0/0 (Békéss), à la dose de 2 et 3 divisions, puis d'une demie seringue de Pravaz et après quelques semaines, d'un seringue entière. On fait en général (von Hebra) 2 injections par semaine dans la région sous-scapulaire. L'injection est douloureuse.

Une solution aqueuse à 5 0/0 avec addition de 0,5 0/0 d'acide phénique a été proposée par Silfverskiold.

On peut employer aussi :

Eau	ãã 45 grammes
Glycérine	
Thiosinamine	10 —

(Von Hoorn, Ruoff, Tousey)

En injections intramusculaires.

Dans l'impossibilité de continuer les injections, on peut administrer le médicament par la bouche, en capsules gélatineuses, contenant 0,05 centigr., 1 à 6 capsules par jour.

Localement, on peut faire une application d'emplâtre à l'emplâtre simple ou savonneux, soit 10 à 30 grammes de thiosinamine pour un mètre d'emplâtre, soit 0,50 centig. à 2 grammes de thiosinamine pour 10 grammes de masse emplastique.

L'emplâtre simple semble plus actif que le savon.

En tous cas, le traitement ne donne de résultats qu'au bout d'un certain temps, mais assez variable selon les cas et la nature de l'affection soumise à la cure. — H. G.

Action apéritive du persulfate et du métavanadate de soude. — Parmi les médicaments récemment proposés contre la tuberculose, les persulfates et les métavanadates semblent avoir donné quelques résultats, sans doute par l'augmentation de l'appétit qu'ils provoquent. Cette action apéritive surtout marquée pour le persulfate de soude, peut être utilisée dans un grand nombre d'états morbides : dyspepsies simples ou tuberculeuses, cancer de l'estomac. M. Robin l'administre suivant cette formule :

Persulfate de soude	2 grammes.
Eau	300 —

Une cuillerée à soupe avant chacun des deux principaux repas. Continuer de la sorte pendant 6 jours et suspendre alors le médicament.

Le métavanadate de soude jouit des mêmes propriétés apéritives chez les tuberculeux et autres malades, mais il s'emploie à doses moindres :

Métavanadate de soude	0 gr. 03
Eau distillée	150 grammes.

Une cuillerée à café une demi-heure avant les deux principaux repas, soit 2 milligrammes par jour. Suspendre le médicament au bout de 4 jours.

Traitement de la variole. — M. Legrand vise surtout le traitement local, après avoir constaté l'efficacité du traitement interne sur l'évolution des pustules varioliques. Pour éviter la période de suppuration, il donne un bain de sublimé tous les 2 jours et recouvre les papules d'une gouttelette de la masse emplastique de Vigo, préalablement chauffée : par dessus cette gouttelette, il applique un petit morceau de papier de soie, de telle sorte que tout se passe comme si chaque papule était recouverte par un emplâtre. Dans 12 cas ainsi traités, il est arrivé à supprimer la période de suppuration, et par suite les cicatrices, sans jamais avoir observé de phénomènes d'intoxication hydrargyrique (*Soc. de thérap.*, 23 janv.)

Les enveloppements humides permanents du thorax dans les traitement des affections aiguës du poumon. — L'eau froide, dans la thérapeutique des maladies pulmonaires, a été successivement employée sous forme d'enveloppements dans le drap mouillé, d'affusions, de lotions, de bains. Carnus (*Thèse Paris 1900*) indique un *modus faciendi* particulier dans l'application des enveloppements froids, préconisé par M. Hirtz dans les congestions pulmonaires, les pneumonies et les broncho-pneumonies, franches ou secondaires.

Ce procédé est celui de l'enveloppement thoracique permanent dans des linges humides, exécuté de la façon suivante ; on prend une pièce de tarlatane

Digitized by Google

repliée en six ou huit doubles, d'une longueur suffisante pour envelopper le tronc, de l'ombilic aux aisselles, ou, à son défaut, un drap, une serviette-éponge. On trempe la compresse dans l'eau froide, à la température de la chambre, et on l'exprime fortement ; puis on applique cette compresse humide autour du thorax, en la recouvrant d'une feuille de taffetas gommé, puis d'une couverture de laine ou d'une couche d'ouate. Il faut éviter une constriction trop grande, qui augmenterait la dyspnée.

On laisse ensuite le malade au repos dans son lit pendant trois heures, au bout desquelles on retire cet enveloppement pour le remplacer par un autre semblable, et ainsi de suite toutes les trois heures.

Ce traitement, outre qu'il est d'une application plus simple et plus facile que le bain froid, n'exige ni appareils ni personnel spécial, et est beaucoup mieux accepté par le malade et par son entourage. Son action thérapeutique découle des trois phases successives par lesquelles passent les malades à chaque enveloppement : une période, très courte, de froid ; une seconde période, de chaleur périphérique, avec abaissement de la température centrale et sensation de bien-être ; une troisième période, de sueur, pendant laquelle la transpiration, abondante, n'est pas limitée à la région thoracique, mais envahit tout le corps.

Cette méthode remplit ainsi les principales indications au cours des pneumopathies aiguës, à savoir de décongestionner le poumon, de tonifier l'organisme, de stimuler le système nerveux et de favoriser les sécrétions. — B. H.

STOMATOLOGIE

Hygiène buccale. — Pour éviter la carie dentaire, il faut conserver au milieu buccal sa réaction alcaline normale. Pour cela, on restreindra l'emploi des aliments et des boissons acides, et si le malade suit un traitement quelconque, on évitera de faire usage de préparations pharmaceutiques acides. Sont nuisibles dans l'alimentation : le sucre et les différents produits de la confiserie, le chocolat surtout, car la fermentation lactique de ces produits est extrêmement rapide. Il faut également éviter que des débris d'aliments restent dans les interstices dentaires.

L'emploi des dentifrices liquides ou pulvérulents s'impose. M. Redier (*Traité de la carie dentaire*) ne conseille pas l'emploi des opiats ou des savons et préfère les poudres. Les dentifrices doivent être neutres ou alcalins, et avoir une action antiseptique prononcée.

Voici une formule préconisée comme élixir dentifrice par M. Redier :

Essence de cannelle de Ceylan.	
— de girofle	àà 0 gr. 25
Acide thymique	
Saccharine	
Essence de menthe	1 — 50
Alcool à 90°	100 grammes

Ajoutez :

Teinture de ratanhia	2 gr. 50

La poudre dentifrice qu'il préconise est la suivante :

Poudre d'iris de Florence	15 grammes
Craie lavée	
Magnésie anglaise	àà 5 —
Pierre ponce porphyrisée	
Salol	2 gr. 50
Teinture d'ambre musquée	0 — 50
Essence de menthe	Quelques gouttes

Colorez légèrement en rose.

Pour le lavage de la bouche, on met environ une cuillerée à café d'élixir dentifrice dans un 1/2 verre d'eau. Employez l'eau tiède de préférence et l'eau très chaude lorsque les gencives seront rouges, congestionnées et saigneront facilement.

Faire de préférence le lavage le soir avant de se coucher pour débarrasser la bouche de tous les débris alimentaires qui fermenteraient la nuit. Mieux vaut faire 2 lavages par jour, matin et soir, et et prendre la précaution de se rincer la bouche à chaque repas.

Dans le cas où la réaction salivaire a une tendance très marquée à l'acidité, on fera bien, au lieu d'eau ordinaire citée plus haut, d'employer l'eau de Vichy naturelle ou une solution alcaline analogue, comme la suivante :

Bicarbonate de soude	5 grammes	
Eau	1 litre	S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La glycosurie et le diabète d'origine dyspeptique. — M. A Robin. Les dyspepsies, et spécialement l'hyperesthénie gastrique, par leur retentissement sur les fonctions hépatiques, peuvent déterminer une glycosurie passagère ou permanente ; dans le premier cas, il s'agit d'une glycosurie simple, longtemps considérée comme d'origine alimentaire ; dans le second cas, il existe un diabète véritable qui ne diffère du diabète ordinaire que par son origine et quelques uns des symptômes qui l'accompagnent.

La glycosurie dyspeptique est temporaire, irrégulière, relativement minime, ne se rencontre que dans l'urine de la digestion, manque dans l'urine du jeûne, s'accompagne souvent d'albuminurie transitoire. Elle s'observe chez un dyspeptique dont l'appétit est conservé ou exagéré, l'estomac distendu et clapotant, le foie gros et plus ou moins

Digitized by Google

sensible à la pression, le chimisme stomacal en état d'hyperchlorhydrie. Elle reconnaît, comme symptômes accessoires et dépendant de la dyspepsie causale, la neurasthénie, les vertiges, les émissions laiteuses phosphatiques, les dermatoses, les troubles cardiaques, les sueurs profuses, etc.

Si elle n'est convenablement soignée, cette glycosurie dyspeptique peut se transformer en diabète vrai, permanent ne différant tout d'abord du diabète vulgaire, que par les symptômes d'hypersthénie gastrique, antérieurs à l'apparition du sucre dans les urines.

Le traitement de la glycosurie dyspeptique consistera dans le régime lacté, qui fera disparaître le sucre de l'urine. Si, par exception, la glycosurie persistait, il faudrait employer les médicaments modérateurs de l'activité fonctionnelle du foie : l'antipyrine associée au bicarbonate de soude, l'arséniate de soude et l'arsénite de potasse, le carbonate de lithine, la codéine, l'opium, la belladone...

La glycosurie étant guérie, il faudra pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, supprimer toutes les causes de stimulation du foie, ce qui comporte un régime d'où les féculents et les aliments sucrés seront exclus.

Dans le diabète dyspeptique, on commencera par réduire l'activité du foie à l'aide de l'antipyrine.

Le traitement suivant sera suivi pendant trois jours seulement :

1° Suivre exactement l'hygiène et le régime des diabétiques, en supprimant cependant de celui-ci les crudités et les acides.

2° Une heure et demie avant déjeuner et dîner, prendre un de ces paquets qu'on fera fondre dans un peu d'eau de Seltz.

Antipyrine	0 gr. 50 à 1 gramme
Bicarbonate de soude	0 — 50 à 0 gr. 75

Pour un paquet. — Faire 6 semblables.

3° Ne boire pendant les repas que de l'eau de Vichy.

4° Après les repas, prendre une des poudres suivantes, délayées dans un peu d'eau :

Magnésie calcinée	ãã 4 grammes
Bicarbonate de soude	
Craie préparée	6 —

Divisez en 12 paquets.

5° Si des crises gastriques ou des accès de pyrosis, ou encore des sensations de brûlure, d'aigreur ou de constriction ou de tiraillement au creux épigastrique survenaient dans l'intervalle des repas, prendre aussitôt une des poudres composées à la magnésie et au sous-nitrate de bismuth :

Magnésie calcinée	15 grammes
Sous-nitrate de bismuth	7 —
Craie préparée	7 —
Codéine	0 gr. 05
Bicarbonate de soude	10 grammes

Divisez en 10 paquets.

Pendant les 3 jours de ce traitement, on examinera quotidiennement l'urine, afin de cesser les médicaments dès que le sucre aura disparu. Et l'on commencera alors le traitement de la dyspepsie hypersthénique dans toutes ses étapes, en débutant par le régime lacté absolu.

Supposons que le sucre reparaisse au cours de ce traitement. Si la quantité en est abondante et dépasse 10 à 15 gr. par litre, on reviendra à l'ordonnance précédente avec l'antipyrine, et, quand le sucre aura disparu, on reprendra le régime lacté, dont on mitigera bientôt la rigueur pour arriver à la troisième étape du régime, bien entendu sans féculents ni aliments sucrés.

Si la quantité en est minime, on donnera le matin à jeun et le soir avant la dernière prise de lait, 0 gr. 15 de carbonate de lithine dans une cuillerée d'eau à laquelle on ajoutera une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Arséniate de soude	0 gr. 05
Eau distillée	300 grammes

Récidives possibles de la variole. — M. Hervieux. Il existe dans la science un nombre de cas de variole récidivée, peu considérable, il est vrai, mais d'une authenticité indiscutable. Il faut donc que l'on sache bien qu'une première atteinte de variole ne préserve pas nécessairement d'une seconde, et que dans les épidémies varioliques graves, ou hors le temps d'épidémie, si un ancien variolé se trouvait en rapport avec un variolé sérieusement atteint, les mesures de préservation ne devraient pas être négligées.

Pathogénie de l'hydrocèle chronique. — M. Peyrot. Les altérations de l'épididyme sont une des causes fréquentes de l'hydrocèle. Cependant, un grand nombre d'hydrocèles chroniques relèvent d'une altération primitive de la séreuse vaginale.

Ces hydrocèles sont causées par une vaginalite chronique, plaques laiteuses de la vaginale.

Cette vaginalite est primitive et non subordonnée à une lésion testiculaire ou épididymaire. C'est une périviscerite au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine, avec qui elle coexiste fréquemment. Dès lors, l'étiologie de l'hydrocèle se confond avec celles de ces périviscerites.

La tuberculose ne paraît pas être en cause ici, tandis que l'artério-sclérose, les cardiopathies, le mal de Bright sont fréquemment observés. *(5 février).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Cirrhose hypertrophique diffuse alcoolique et tuberculeuse. — MM. Gilbert et Castaigne. Cette forme de cirrhose est produite par deux facteurs étiologiques : l'alcool et la tuberculose.

Les symptômes paraissent évoluer en deux périodes : l'une de pré-cirrhose, caractérisée par des troubles dyspeptiques ; l'autre de cirrhose confirmée, avec ascite, dont l'évolution se termine par la mort en 2 à 3 mois.

Digitized by Google

Pendant ce second stade de la maladie, l'examen clinique du foie montre une hypertrophie notable de l'organe; très facilement abordable à la palpation, il est dur, mais sans inégalités notables.

La rate est augmentée de volume, l'ascite est constante; les veines collatérales de l'abdomen ne sont pas beaucoup plus apparentes qu'à l'état normal.

L'ictère a été constaté dans tous les cas: les urines donnent avec l'acide nitrique nitreux un disque brun acajou très accentué.

La seule affection avec laquelle on puisse confondre la cirrhose hypertrophique diffuse est la cirrhose graisseuse; il n'existe pas de symptôme véritablement pathognomonique permettant en clinique de les distinguer l'une de l'autre.

Au point de vue anatomique, elle est caractérisée par l'existence d'flots fibreux répondant aux veines portes ou sus-hépatiques, d'où partent les trouées fibreuses qui se diffusent dans le foie, pour aboutir aux cellules hépatiques qu'elles entourent, sans toutefois en déterminer la destruction, ni la dégénérescence graisseuse.

Angines à bacilles fusiformes. — M. Vincent. Je rappellerai sommairement qu'il en existe deux variétés principales, l'une, *ulcéro-membraneuse*, qui est la plus habituelle, l'autre, *diphtéroïde*, qui est très rare. A son début, il importe de signaler que la forme ulcéro-membraneuse simule la diphtérie (fausse membrane, adénite, fièvre). Mais à partir du deuxième ou troisième jour, la fausse membrane recouvre une surface d'abord exulcérée, puis nettement ulcérée. Cette membrane est assez molle, d'aspect blanchâtre, crayeux. Il peut exister des lésions analogues sur les piliers, la luette, la muqueuse buccale. L'haleine est fétide, la dysphagie plus ou moins vive, la voix parfois nasonnée. Les glandes sous-maxillaires sont tuméfiées. La fièvre atteint 38°-39° et davantage pendant les premiers jours.

La variété diphtéroïde, exceptionnelle, est caractérisée localement par une fausse membrane assez cohérente, blanchâtre, reposant sur une surface rouge, intacte ou à peine exulcérée.

L'angine est sous la dépendance d'un bacille particulier, d'aspect fusiforme, parfois légèrement infléchi et réfractaire à la coloration par le Gram. Ce bacille existe en quantité colossale dans l'angine à son début. Il est seul dans la forme diphtéroïde, ou associé à quelques streptocoques. Dans la variété ulcéro-membraneuse, qui est la plus commune, ce bacille est associé à un spirille parfois très abondant.

Traitée avec soin, cette affection guérit ordinairement en une, deux ou trois semaines. Mais si elle est négligée, elle peut durer plus longtemps

C'est d'un de ces cas à marche prolongée, insolite, presque chronique, que j'ai à vous entretenir brièvement. Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans qui présenta les premiers symptômes de son angine au mois de juillet 1899. A cette époque, l'amygdale gauche était le siège d'une fausse membrane recouvrant une petite excavation et s'accompagnait d'adénite sous-maxillaire, de fièvre (39 degrés), de céphalée, d'inappétence, de courbature. L'affection, incomplètement soignée, persista ainsi *pendant six mois* avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Je pus voir le malade pendant une de ces exacerbations. Les deux amygdales étaient rouges, hypertrophiées. Sur la gauche existait une fausse membrane molle, grisâtre, arrondie, un peu plus petite qu'une pièce de 50 centimes, et recouvrant une légère excavation. Au voisinage de la dent de sagesse gauche on retrouvait une petite ulcération tapissée du même exsudat. Dysphagie marquée, haleine fétide, adénopathie très prononcée, douloureuse, céphalée vive, fièvre (38°9). Pas d'éruption cutanée, pas d'albuminurie.

Pas de bacille de Loffler par la culture. La fausse membrane tonsillaire et celle de l'ulcération dentaire, examinées au microscope, renfermaient d'innombrables bacilles fusiformes associés à quelques spirilles peu nombreux et à quelques microcoques.

Le traitement local amena la guérison du malade en quinze jours.

Remarques sur la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. — M. Troisier. La question de la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde soulève toujours quelques difficultés d'interprétation. On doit avant tout se demander si les cas intérieurs ne résultent pas d'une contamination directe par l'eau distribuée à l'hôpital.

Un fait que j'ai observé l'année dernière à Beaujon me paraît pouvoir être expliqué de cette façon. Il s'agit d'une malade de la salle Vulpian, qui était atteinte de dilatation de l'estomac, et à laquelle on pratiquait tous les jours le lavage de l'estomac avec de l'eau de source filtrée au filtre Chamberland, mais non bouillie. Elle ne buvait que du lait. Cette malade, âgée de vingt-quatre ans, était entrée à l'hôpital le 5 août; quoiqu'elle fût atteinte d'une maladie apyrétique, on prenait sa température matin et soir, de sorte que l'on peut fixer exactement le début de la fièvre; la première élévation thermique apparut le 12 septembre, c'est-à dire trente-sept jours après son entrée à Beaujon. C'était donc bien une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital. Or, à la fin du mois d'août, époque où l'on constatait une certaine recrudescence de la fièvre typhoïde à Paris, il y avait dans ma salle de femmes, qui était très encombrée, neuf malades atteintes de dothiénenthérie, dont deux présentaient une forme grave. On aurait donc pu considérer ce cas comme un exemple de contagion hospitalière, tandis qu'il s'agissait peut être d'une contamination par l'eau qui servait au lavage de l'estomac.

Cette supposition est d'autant plus vraisemblable qu'il y avait eu quelque temps auparavant (du 25 mai au 13 juin)

Digitized by Google

trois cas de fièvre typhoïde dans les salles de chirurgie. Il s'agissait bien de cas intérieurs, car deux des malades étaient à l'hôpital depuis deux mois et demi, et le troisième depuis un mois, lorsqu'ils furent atteints de fièvre typhoïde. Nous nous trouvions en présence d'une petite épidémie de maison, comparable à celle qui a été signalée en 1887 par M. Fernet dans le même hôpital.

Ces malades guérirent.

Les deux premiers, atteints l'un et l'autre de cicatrices vicieuses de la face, allaient et venaient dans l'hôpital, mais ne sont jamais entrés dans une salle de médecine. Ils ont affirmé qu'ils n'avaient jamais bu que leur ration de vin et de coco, boisson faite à la pharmacie, et qui est, comme vous le savez, à la disposition des malades dans toutes les salles. Le troisième, atteint de fracture de cuisse, était nécessairement alité depuis son entrée.

C'est l'eau de la Dhuys qui alimente Beaujon comme eau de source ; l'eau de Seine y est également distribuée, elle arrive aux lavabos et à l'office. Les robinets qui la fournissent sont bien surmontés d'une plaque émaillée portant l'indication *eau de rivière ;* mais on peut se demander si cette précaution est suffisante. On sait combien nos malades sont peu soucieux en général des prescriptions hygiéniques les plus élémentaires.

Pour conclure, je dirai simplement qu'il y a là une cause d'erreur à éviter lorsqu'il s'agit de rechercher l'origine des cas intérieurs de fièvre typhoïde Cette cause d'erreur est nettement indiquée par MM. Brouardel et Thoinot à propos des cas de fièvre typhoïde observés chez les infirmiers. « Beaucoup de cas contractés par les infirmiers dans les hôpitaux, disent-ils, ne sont pas des cas de contagion nosocomiale, et les germes qui infectent ces sujets ne proviennent pas nécessairement des malades qu'ils approchent. Les infirmiers sont exposés, comme tous autres, à la fièvre typhoïde sporadique ou épidémique, et trop souvent, dans nos hôpitaux parisiens on trouve en jeu, comme explication nette d'un soi-disant cas de contagion nosocomiale, un robinet d'eau de Seine ou d'eau d'Ourcq ». Et plus loin, visant les malades eux-mêmes, MM Brouardel et Thoinot ajoutent : « Dans les salles des hôpitaux parisiens, on peut être tout aussi sensible qu'au dehors à une eau potable typhoïgène. »

M. H. Vincent. — Les causes de la fièvre typhoïde ne diffèrent pas dans les salles d'hôpital de ce qu'elles sont en ville ; leur fréquence comparative seule diffère. Tandis que l'origine hydrique est, dans le milieu urbain, le facteur de beaucoup le plus fréquent qu'il y ait lieu d'incriminer, il n'est pas contestable que la contagion directe soit l'agent le plus commun de la transmission de la fièvre typhoïde dans le milieu nosocomial. L'infirmier, le malade qui soignent un typhoïdique, trouvent de nombreuses occasions de souiller directement ou non leurs mains ou leur visage avec les matière fécales du patient, soit dans la balnéation froide, soit en lui passant le bassin ou l'aidant à aller à la selle. Le transport du bacille typhique au tube digestif s'effectue par l'intermédiaire des mains, lorsque l'infirmier ou le malade néglige les soins de propreté manuelle avant de prendre ses repas

M. Troisier. — Ce mode de contamination n'est pas douteux, et il n'est contesté par personne. Ce qui est contestable, c'est la contagion à distance ou de lit à lit, et que l'on invoque souvent pour expliquer les cas intérieurs. Je crois que quelques-uns de ces cas peuvent reconnaître pour cause la contamination par l'eau de l'hôpital ; voilà ce que les faits que je viens de communiquer me paraissent démontrer. *(1er février.)*

Dothiénentérie à manifestations méningées. — MM. Sergent et Bernard rapportent une observation de fièvre typhoïde à manifestations méningées prédominantes chez un homme qui s'était tiré, six semaines avant, une balle de revolver dans la tête, qu'ils résument de la façon suivante :

Un homme de 36 ans se tire, le 18 juillet, dans la tempe droite, une balle de revolver, qui pénètre dans l'orbite, s'y enclave après avoir sectionné le nerf optique. Sauf la cécité unilatérale qui en résulte, aucun accident consécutif ne survient et l'homme reprend ses habitudes et en particulier son absinthe.

Six semaines après, brusquement il est atteint de fièvre et d'une céphalalgie très vive, qui persiste. On pense que la balle, logée dans le crâne, a déterminé un foyer d'infection resté d'abord local, et qui maintenant se propage à l'encéphale. Cet homme va faire une méningite suppurée, s'il ne fait pas un abcès du cerveau. Le tableau clinique se complète ; l'apparition de la raideur de la nuque et du signe de Kernig ne permettent pas de douter que les méninges sont envahies. Et pourtant le chirurgien hésite à pratiquer la trépanation. La suite montra qu'il avait bien fait de temporiser. Les accidents fébriles, les symptômes méningés s'éteignirent progressivement, la convalescence s'affirma et la guérison survint définitive et complète. Alors seulement, en présence des caractères d'ensemble de la courbe thermique, surgit l'hypothèse d'une dothiénentérie, cause première de tous les accidents, hypothèse que confirma le séro-diagnostic. Cet homme venait de faire une dothiénentérie au cours de laquelle, à titre de complication, était survenue une localisation méningée cérébro-spinale. *(25 janvier).*

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

ERRATUM. — Dans notre précédent numéro, une regrettable erreur de transposition de texte a été commise page 95 où, dans la 2e colonne, les lignes 16 à 25 faisaient partie de l'article de M. Huchard à la page 96, et doivent être intercalées à cette page première colonne ligne 20. Nous reproduisons ces deux articles pour réparer cette erreur.

Cession de clientèle

Un jeune médecin veut s'établir, désirant éviter la pénurie de clients pendant les quelques années nécessaires pour qu'il soit connu et apprécié dans le quartier ou la ville qu'il a choisie ; il achète une clientèle. Ce système est déplorable, je dirai même plus, il est immoral.

Une clientèle de médecin ne se vend pas ; le malade

Digitized by Google

n'est pas la propriété de son médecin, même s'il lui est resté fidèle pendant de longues années, et il reste toujours libre de choisir celui auquel il veut confier sa santé. Le médecin ne peut le céder à son successeur au même titre que sa bibliothèque, son cheval, son cabriolet, ou comme un commerçant cède à celui qui prend sa suite les marchandises de son magasin.

Il y a quelques années, un de mes élèves achète une clientèle une dizaine de mille francs ; il s'installe, fait quelques visites, ne donne pas entière satisfaction, non au point de vue scientifique, mais comme homme, à certains clients de son prédécesseur ; on en cause entre amis, on lui fait grise mine, et la clientèle chèrement achetée se précipite chez un confrère qui vient s'installer à sa porte et qui, lui, profite de l'aubaine sans avoir rien payé.

Si quelqu'un désire prendre la suite d'un confrère fatigué, malade ou âgé, je lui conseille la plus grande prudence, pour deux raisons : 1° pour ne pas être trompé dans ses espérances ; 2° pour ne pas, sinon se ruiner, au moins compromettre une somme importante.

Que faire ?

Un médecin, de situation bien assise dans la ville importante où il exerçait, vint me dire que, pour raison de santé, il désirait céder sa clientèle qui lui rapportait de 30 à 40.000 francs d'honoraires, moyennant une somme de 25 ou 30.000 francs ; il me demanda si quelqu'un de mes élèves ne pourrait accepter ces conditions. Je lui répondis que jamais je ne donnerais le conseil d'acheter une clientèle à prix fixe, l'aléa étant trop grand pour le preneur, mais que peut-être une combinaison sauvegardant les intérêts des deux parties pouvait être trouvée. La voici :

Le médecin abandonne sa clientèle et recommande son successeur que, bien entendu, il doit choisir capable de satisfaire aux exigences de la pratique médicale. Ce dernier ne donne rien comptant, mais s'engage à verser à son prédécesseur le tiers ou le quart des honoraires qu'il touchera, de la clientèle cédée ou même de ses nouveaux clients, pendant quatre, cinq ou six ans.

Prenons le cas de tout à l'heure. Le médecin qui cède sa clientèle, recevant 30.000 francs, son successeur touchera certainement un peu moins la première année, mettons 25,000 francs, puis reviendra au taux de son prédécesseur. Pendant cinq ans, il versera à ce dernier le quart des honoraires perçus, soit 6.250 francs pour la première année et 7 500 francs pour les quatre années suivantes : total, 36 250 francs.

Ce sera donc une affaire excellente pour le vendeur et bonne pour l'acheteur avec de sérieuses garanties qui, dans l'achat au comptant, à prix ferme, ne lui sont pas données. D'une part, le prédécesseur a tout intérêt à la réussite de son successeur et pendant un temps donné continuera à s'intéresser à la clientèle qu'il aura cédée ; d'autre part, le jeune médecin ne risque pas de compromettre, au hasard, son avoir, puisqu'il ne paiera qu'au prorata des honoraires qu'il touchera.

C'est là, il me semble, la meilleure solution capable de satisfaire le médecin qui se retire, et donne toutes garanties au jeune docteur qui s'installe (1).

H. Huchard.

BIBLIOGRAPHIE

L'avortement, par M. P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Chez Baillière, éditeur.

Ce livre, d'un intérêt pratique considérable, fait une suite très digne aux remarquables ouvrages que M. Brouardel vient de publier à intervalles assez rapprochés sur différents sujets de médecine légale. L'ouvrage traite des différents sujets touchant à l'avortement et comprend 8 grands chapitres : Inculpation. — La poursuite du crime d'avortement en France. — Causes de l'avortement naturel. — Procédés de l'avortement criminel. — Suite des manœuvres abortives ; accidents consécutifs. — Consultations médico-légales concernant l'avortement. — Exemples des questions posées par les juges d'instruction.

Nous ne nous permettrons pas de formuler une appréciation sur cet ouvrage ni d'en faire l'éloge, nous serions au-dessous de notre tâche. M. Brouardel n'est plus de ceux que l'on juge, il est de ceux qu'on admire et estime. — M. D.

Traité théorique et pratique de la carie dentaire, par J. Redier, professeur à l'Université catholique de Lille. 1 vol. à la Soc. d'Editions scientifiques.

Dans cet excellent travail qui s'adresse plutôt à des spécialistes qu'à des médecins, mais que nous recommandons à nos lecteurs de la campagne qui sont obligés d'être à la fois l'un et l'autre, l'auteur envisage l'étude de la carie dentaire avec une clarté et une précision tout à fait remarquables. L'étude du traitement tient une grande place dans ce volume et sera lue avec fruit, car si le médecin n'est pas dentiste, il doit néanmoins veiller à l'état de dentition de ses clients, car c'est là une excellente mesure prophylactique contre les affections d'ordre médical qui sont consécutives à la carie dentaire, telles les stomatites et inflammations péri-buccales, et surtout les dyspepsies. Si on ne peut pratiquer, ce qui est trop demander, l'obturation ni l'aurification, on pourra néanmoins pallier à certains inconvénients et permettre aux malades de pouvoir attendre le traitement spécial, qui, en beaucoup de circonstances, n'est pas immédiatement possible. Le livre de M. Redier rendra donc à ce sujet de très grands services, mais il sera surtout très apprécié des spécialistes et nous ne pouvons que féliciter l'auteur d'avoir écrit ce travail qui lui fait le plus grand honneur. Nous donnons d'ailleurs dans ce journal deux résumés ayant trait l'un à l'hygiène buccale, l'autre au traitement des douleurs de la carie dentaire, questions de première utilité pour tout praticien. — S. R.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

(1) Extrait d'une consultation-clinique à l'hôpital Necker, rédigée par le Dr Reille.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Sur quelques phénomènes morbides de la seconde enfance en rapport avec une dyspepsie toxique d'origine alimentaire.

Par SEVESTRE, *médecin de l'Hôpital des Enfants*
Membre de l'Académie de médecine

Il n'est pas très rare d'observer, au cours de la seconde enfance, une série de phénomènes morbides assez inquiétants en apparence, au point de faire craindre le développement d'une maladie grave (méningite, affection cardiaque, etc.) et qui cependant sont loin de comporter un pronostic aussi sérieux. Ces accidents sont assez variables dans leurs manifestations, mais en général se caractérisent surtout par une céphalalgie plus ou moins intense, réveillée ou augmentée par le travail intellectuel, par un état de fatigue et de lassitude générale, d'autres fois par des poussées de fièvre, ou encore par des palpitations ou des troubles nerveux.

Ces faits sont déjà connus et ils ont même, dans ces derniers temps, fait l'objet de travaux intéressants (1), mais peut-être n'ont-ils pas été suffisamment vulgarisés, car j'ai vu plus d'une fois des médecins sérieux commettre à cet égard des erreurs de diagnostic et de pronostic. D'autre part, il me semble nécessaire d'insister, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, sur les troubles digestifs qui accompagnent en général les accidents en question et qui me paraissent avoir pour la pathogénie et aussi pour la prophylaxie et le traitement une importance capitale.

C'est sur ces points que je désire plus spécialement attirer l'attention, après avoir indiqué brièvement les symptômes de cet état morbide.

C'est surtout chez les enfants de 7 à 15 ans qu'on observe ces accidents, mais ils peuvent se manifester dès l'âge de 5 ou 6 ans ou même plus tôt encore; après 15 ou 16 ans, ils sont en général plus rares.

Le phénomène le plus habituel est la *céphalalgie* qui est ordinairement frontale, ou encore intérieure (comme me le disait, il y a quelques jours, un petit malade); elle est gravative, souvent modérément intense, mais pénible par sa persistance; d'autres fois elle s'accompagne d'élancements. Elle se montre à un moment quelconque de la journée, quelquefois dès le matin, le plus souvent à l'occasion de la reprise des études; le travail cérébral en effet l'augmente toujours et la réveille lorsqu'elle avait cessé; aussi les enfants, même les bons élèves, éprouvent-ils de ce fait une répugnance pour le travail ou même une inaptitude plus ou moins marquée.

Il en résulte un retard dans les études et consécutivement aussi un état de tristesse et d'ennui, qui se complique parfois de troubles nerveux. Les enfants ont souvent même peu de propension à jouer, dans la crainte de voir la céphalalgie augmentée par des mouvements plus ou moins brusques. Cette céphalalgie peut cesser au bout de quelques jours, mais souvent elle persiste pendant plusieurs semaines, ou du moins se manifeste dès que l'on veut faire reprendre les études.

Elle ne se produit guère la nuit et il est bien rare qu'elle empêche le sommeil; cependant, chez les enfants sujets aux maux de tête, il n'est pas très rare d'observer de l'*insomnie* et surtout des *cauchemars* ou une agitation plus ou moins marquée.

Dans un certain nombre de cas, avec ou sans céphalalgie, il existe des *palpitations* qui peuvent d'ailleurs se produire soit à la suite d'une marche un peu rapide ou de mouvements plus ou moins violents, soit même au repos. A l'examen du cœur, on constate que les pulsations sont fréquentes; elles sont surtout augmentées de force et sont perceptibles sur une large surface; la pointe du cœur est souvent portée en dehors, mais ne paraît pas notablement abaissée (circonstance dont l'explication sera donnée plus loin).

Les battements sont en général réguliers, cependant il n'est pas très rare de constater des intermittences ou même des signes d'arythmie véritable. A l'auscultation, on peut trouver un souffle tantôt peu marqué et fugace, tantôt assez intense, mais présentant en tout cas les caractères des souffles extracardiaques.

Chez quelques enfants on observe des *poussées de fièvre*, accompagnées ou non de céphalalgie ou de vomissements et qui disparaissent, après quelques jours, sans qu'on ait pu les rattacher à une cause bien appréciable. Ces poussées de fièvre se reproduisent de loin en loin, avec des intervalles de 4, 5, 6 semaines.

Enfin dans d'autres cas, il y a simplement des *vomissements* qui, pendant plusieurs heures ou même un ou deux jours, se répètent avec une ténacité désespérante et semblent assez différents de ceux qu'on observe dans l'embarras gastrique simple.

Tous les phénomènes dont je viens d'esquisser les traits principaux peuvent d'ailleurs se montrer isolément ou se combiner de diverses façons; en outre, chez le même enfant, ils peuvent se produire alternativement, à des intervalles plus ou moins éloignés; cependant, c'est la céphalalgie que l'on observe le plus souvent.

(1) LE GENDRE. La dyspepsie chez les collégiens. Rapport présenté au *Congrès périodique de Gynécologie d'obstétrique et de Pædiatrie*. Marseille 1878.
COMBY. De quelques syndromes arthritiques chez les enfants. *Journal des Praticiens* 1901, n° 6.

Digitized by Google

En même temps, d'ailleurs, que ces phénomènes ou dans leur intervalle, on peut observer des accidents d'un autre ordre qui existent pour ainsi dire d'une façon permanente et à cet égard méritent tout spécialement d'attirer l'attention : Je veux parler des *troubles digestifs* qui établissent en quelque sorte entre les phénomènes en question un trait d'union et me paraissent avoir, au point de vue de leur genèse, une grande importance.

On a proposé, pour expliquer les faits que je viens d'étudier, diverses interprétations dont la discussion m'entraînerait trop loin ; je signalerai seulement la dernière en date, celle de M. Comby, qui rattache tout à l'arthritisme et qui, dans le travail cité plus haut, étudie en particulier la céphalalgie arthritique, les vomissements cycliques et la fièvre arthritique Il est certain, comme l'a dit mon distingué collègue, que beaucoup des enfants qui font l'objet de cette étude, sont de souche arthritique, mais je crois qu'il y aurait quelque exagération à dire qu'ils le sont tous, et d'ailleurs il convient de serrer la question de plus près et de chercher si, même en acceptant cette notion de l'arthritisme, il n'existe pas un fait plus direct et plus précis auquel on puisse rattacher ces accidents.

Ce fait me paraît résider, comme je l'ai dit plus haut, dans l'existence de troubles digestifs. Or, si l'on interroge à ce sujet les parents de nos petits malades, ils répondent presque toujours sans hésitation que leurs enfants digèrent bien et, de fait, ceux-ci ne se plaignent jamais de troubles des fonctions digestives. Il s'en faut pourtant de beaucoup que ces fonctions s'exécutent toujours normalement, et c'est ce que montre bientôt un examen plus attentif et plus précis.

Tout d'abord, on constate dans la plupart des cas un clapotage gastrique plus ou moins prononcé, dénotant sinon une dilatation bien constituée, au moins une distension de l'estomac ; le colon est souvent aussi distendu par des gaz. Le foie est assez généralement augmenté de volume et dépasse de plusieurs travers de doigt les fausses côtes ; souvent, enfin, il existe une constipation plus ou moins tenace et d'autres fois des alternatives de diarrhée et de constipation. En tout cas, les selles présentent généralement une odeur fétide très caractérisée ; la langue est souvent couverte, surtout dans sa partie postérieure, d'un enduit saburral presque permanent et les parents ne font aucune difficulté de reconnaître que le matin, en particulier, les enfants ont l'haleine un peu forte. Ils avouent également que souvent il y a du hoquet à la suite des repas et que le ventre est fréquemment ballonné ; enfin, on finit par apprendre que les enfants mangent très vite, gloutonnement et avalent de gros morceaux sans les mâcher, ou, au contraire, gardent longtemps les aliments dans la bouche sans leur faire subir une mastication convenable ; la quantité de liquide ingéré à chaque repas est souvent exagérée et même dans l'intervalle il y a assez ordinairement une soif plus ou moins marquée, qui est largement satisfaite.

J'ajoute que souvent il s'agit d'enfants gâtés ou mal dirigés et qui auraient besoin, au contraire, d'une surveillance rigoureuse et devraient être soumis à une hygiène bien conduite.

D'après les faits, très nombreux, que j'ai observés (car ces cas sont loin d'être rares) voici comment, à ce qu'il me semble, on peut comprendre l'enchaînement des phénomènes : un enfant un peu trop laissé à lui-même, introduit dans son estomac des aliments mal divisés ou trop abondants ; la digestion finit cependant par se faire et pendant un temps plus ou moins long, il n'en résulte aucun trouble appréciable. Puis, par le fait de la répétition des mêmes fautes, l'estomac se laisse distendre et en même temps devient moins actif : les aliments y séjournent et subissent (au moins ceux qui sont plus facilement altérables) une décomposition qui se continue d'ailleurs dans l'intestin. Les toxines ainsi produites sont absorbées, mais sont d'abord détruites dans le foie. Au bout d'un certain temps pourtant, cet organe se trouve à son tour altéré et devient insuffisant pour le rôle d'épuration qu'il aurait à remplir.

Alors commence l'intoxication qui se manifeste par la céphalalgie, par la fatigue générale, par les vomissements et même par la fièvre qui dénote un degré d'intoxication plus aiguë. Quant aux palpitations, elles sont dues en partie peut-être à la même cause, mais sont favorisées également par le déplacement du cœur qui se trouve soulevé par l'estomac distendu.

L'explication que je viens de donner et qui d'ailleurs ne m'est pas personnelle, est sans doute quelque peu hypothétique, mais elle est cependant assez plausible ; elle trouve du reste une sorte de confirmation dans l'examen des résultats que donne un traitement bien dirigé. Les accidents à distance (céphalalgie, etc.) diminuent en effet le plus généralement lorsque l'on a réussi à faire modifier le régime ou si l'on a supprimé certaines conditions défavorables qui jouent le rôle de causes accessoires. Parmi ces causes, je signalerai en particulier la claustration dans des salles d'études mal ventilées et souvent surchauffées, l'absence d'exercices au grand air, et dans certains cas des excès de travail en vue d'un examen ou d'un concours. Ce sont là des conditions qui chez un enfant bien portant, bien pondéré peuvent n'avoir aucune conséquence fâcheuse ; mais qu'elles viennent à se produire chez un individu né de parents arthritiques ou neurasthéniques, fatigué lui-même par une crois-

Digitized by Google

sance trop rapide, par des excès de masturbation, ou encore par des exercices physiques exagérés, la situation sera toute différente et l'on verra survenir les troubles digestifs et consécutivement les autres phénomènes morbides.

La pathogénie des accidents étant ainsi établie, les *indications thérapeutiques* en découlent tout naturellement; elles se réduisent au fond à deux principales : 1° Entraver la production des toxines et pour cela éviter d'introduire dans le tube digestif des aliments encombrants, peu assimilables ou sujets à se décomposer rapidement, en même temps d'ailleurs qu'on luttera contre l'atonie gastro-intestinale par des médications appropriées.

2° Des toxines ayant pu se produire, chercher à en favoriser la destruction dans l'organisme ou l'élimination aussi rapide que possible et pour cela surveiller les fonctions du foie, des reins, des poumons, de la peau et activer la circulation.

Entrons maintenant dans le détail et voyons comment on peut réaliser ces indications essentielles.

Le *Régime* offre une importance capitale : on devra éviter les aliments encombrants, mal divisés, et plus spécialement encore ceux qui sont sujets à subir une décomposition rapide et par contre on recherchera surtout les aliments de digestion facile.

Parmi ces derniers, je signalerai surtout les soupes bien faites, préparées au lait, avec des pâtes ou des farines, ou encore avec des purées de légumes; les œufs et les crèmes, le poisson (sole, merlan, barbue, etc.), mais à la condition expresse qu'il soit bien frais, les viandes blanches, les viandes de boucherie en quantité modérée et de préférence bouillies ou braisées plutôt que grillées ou rôties, les purées de légumes farineux (pommes de terre, pois, haricots et surtout lentilles), les légumes verts très cuits, les fruits cuits. Par contre, on évitera les viandes saignantes et le jus de viande, le gibier, la charcuterie (le jambon étant permis), les crustacés, les crudités, la friture, les pâtisseries.

On remarquera que je conseille de donner seulement en quantité modérée ou même d'éviter les viandes grillées ou rôties et d'une façon générale les viandes saignantes, prescription qui peut sembler bizarre lorsqu'il s'agit d'enfants en voie de développement et qui ont besoin d'aliments azotés. Je ne nie pas que ces aliments puissent être excellents pour des enfants bien portants, mais pour ceux que nous avons en vue en ce moment, et qui sont si prédisposés à une intoxication d'origine gastro-intestinale, il faut donner la préférence aux aliments qui par le fait d'une cuisson doucement conduite et prolongée sont en quelque sorte *stérilisés* et en tout cas sont beaucoup moins altérables.

Dans le même but encore, on devra surveiller avec soin la *mastication* qui est souvent très défectueuse chez les enfants.

La question des boissons ne doit pas être négligée. Relativement à la quantité, on ne devra pas dépasser à chaque repas un verre ou au maximum un verre et demi. Quant à la nature de ces boissons, on évitera le vin même coupé d'eau; on pourra donner de l'eau pure, mais il est préférable d'y ajouter un quart ou un tiers d'extrait de Malt, qui favorise la digestion; une bière légère, peu alcoolique, convient encore parfaitement. Quant au lait, donné comme boisson au moment des repas, il n'est pas toujours bien supporté; il vaut mieux le réserver pour le petit déjeuner du matin et pour le goûter.

Pour tous les enfants et spécialement pour nos malades, les repas doivent toujours être pris à des heures déterminées et l'on ne doit jamais, dans leur intervalle, donner quoi que ce soit (ni aliments, ni boissons).

Il est d'usage, en France, de faire faire aux enfants quatre repas, qui sont d'ailleurs convenablement espacés. Le repas de midi doit être le plus important, mais celui du soir sera très modéré; ce sera le meilleur moyen d'éviter pour la nuit les cauchemars et l'agitation qui résultent d'une digestion un peu difficile. Par contre, je conseille en général, de faire faire le matin un véritable petit repas, un peu plus important que cela n'a lieu d'habitude; par exemple, on donnera une soupe ou du lait agrémenté, si l'on veut, d'un peu de café ou de chocolat, mais on y ajoutera un ou deux œufs ou de la viande froide.

Pour en finir avec le régime, j'ajoute que chez les enfants dont le foie est plus ou moins augmenté de volume, on devra éviter les graisses, les tartines beurrées, etc.

Pour combattre l'atonie gastro-intestinale, on fera prendre des amers; c'est ainsi que souvent dans ces cas, je conseille de donner avant chaque repas dans un peu d'eau 10 à 15 gouttes de la mixture suivante :

Teinture de noix vomique.....	3	grammes.
Teinture de Colombo.....	4	—
Teinture de Badiane.....	5	—

On peut encore recommander de laisser boire très peu pendant le repas et de donner après ce repas une infusion *très chaude* de Badiane ou de Camomille.

Les moyens qui précèdent peuvent avoir une action sur l'atonie de l'intestin et contre la *constipation*; mais il est souvent nécessaire d'y ajouter le massage abdominal. Ce massage sera fait sur le trajet du gros intestin, d'abord à droite de bas en haut, puis en haut transversalement de droite à gauche, enfin à gauche de haut en bas.

L'hydrothérapie ne doit pas être négligée, qu'elle

Digitized by Google

consiste dans les douches (ce qui vaut mieux), ou que l'on se contente de faire chaque matin des lotions froides suivies de frictions. Si l'eau froide n'était pas supportée, on aurait recours aux bains sulfureux répétés 2 ou 3 fois par semaine.

Tous les exercices physiques sont bons, mais à la condition qu'ils ne soient pas portés jusqu'à l'excès et que l'on n'arrive pas à la fatigue.

Enfin, il est absolument important d'éviter la claustration et de mettre les enfants à l'air le plus possible. Cette pratique n'est pas toujours d'une exécution facile, lorsqu'on veut la concilier avec les études scolaires, mais on doit alors chercher un moyen terme qui puisse satisfaire à la fois à des exigences opposées.

Assurément, il serait beaucoup plus simple, chez des enfants qui supportent assez mal le travail intellectuel, de suspendre complètement ses études et d'envoyer le malade au grand air, à la campagne, pour lui permettre de se rétablir complètement ; mais il ne faut pas oublier que cet exil peut durer plusieurs mois et pour un garçon qui veut et qui doit se faire une situation, cette interruption dans les études peut avoir pour l'avenir des conséquences graves. En pareil cas, sans abandonner la règle de l'hygiène et en insistant au contraire sur ces règles, le médecin peut autoriser dans une certaine mesure la continuation ou la reprise des études et il doit user de son autorité pour *imposer* un modus vivendi convenable. C'est encore faire de la médecine et ce n'est pas le côté le moins honorable de notre profession.

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques remarques sur la pathogénie de la lithiase biliaire : microbe et terrain

Par G. Linossier (de Vichy)

Professeur agrégé,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Le domaine de l'infection s'élargit de plus en plus. Voilà qu'il se développe aux dépens mêmes du groupe des maladies que l'on avait l'habitude d'opposer, dans les descriptions dogmatiques, aux maladies infectieuses : du groupe des maladies de la nutrition. L'origine microbienne de l'une d'elles, la lithiase biliaire, est aujourd'hui démontrée par l'expérimentation.

Les travaux déjà anciens de Galippe avaient mis en évidence le rôle lithogène des microbes. Naunyn, en localisant dans l'épithélium de la vésicule biliaire enflammée l'origine de la cholestérine et de la chaux des calculs, Gilbert et Dominici, en démontrant la présence de microbes dans le centre d'un grand nombre de cholélithes, Mignot, Gilbert et Fournier, en reproduisant expérimentalement des calculs par l'injection, dans la vésicule biliaire de divers animaux, de colibacilles, et de bacilles d'Eberth atténués, ont mis hors de doute le rôle des microorganismes dans la production de la lithiase. Mais, ce rôle étant admis, il importe de se demander si cette conception pathogénique nouvelle doit nous inciter à orienter dans une nouvelle voie les efforts de la prophylaxie et de la thérapeutique, si, au point de vue pathogénique même, nous devons faire table rase de tous les documents, qui, jusqu'à ces dernières années, nous paraissaient constituer une preuve suffisante de la subordination de la lithiase biliaire à un trouble de la nutrition.

La réponse à une telle question ne saurait être douteuse : la révolution provoquée par les expériences récentes est beaucoup moins radicale qu'elle ne le paraît au premier abord, et on peut dire, sous une forme un peu paradoxale, que, infectieuse en fait, la lithiase biliaire ne doit pas moins être considérée cliniquement comme une maladie de la nutrition.

De ce qu'une maladie est microbienne, il ne s'en suit pas en effet que le microbe ait un rôle exclusif, ni même prépondérant dans sa production, et il existe à ce point de vue, entre les divers microbes pathogènes, des différences capitales.

Certains sont très virulents, et il semble que leur inoculation à l'homme ait pour conséquence à peu près inévitable l'éclosion de la maladie correspondante. Tels sont le *bacillus anthracis*, le parasite encore inconnu de la syphilis.

Au début des recherches de Pasteur, l'opinion médicale se laissa un moment séduire par cette conception si simple des maladies infectieuses, provoquées aussi fatalement, supposait-on, par l'inoculation accidentelle à l'organisme d'un microbe virulent, que la fermentation alcoolique peut l'être par la chute dans un moût sucré de quelques cellules de levure. Eviter cette inoculation accidentelle, puis, l'inoculation produite, poursuivre à l'aide d'antiseptiques le microbe dans l'organisme infecté lui-même, semblait résumer toute la prophylaxie et toute la thérapeutique des maladies infectieuses.

Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que l'organisme ne subit pas l'infection comme un simple bouillon de culture, qu'il se défend contre elle, si bien que assez rares sont les microbes dont l'inoculation seule suffit à créer la maladie. Pour la plupart, il faut encore, pour que celle-ci se manifeste, que le microbe trouve dans l'être inoculé un terrain favorable à son développement, notion nouvelle dont l'importance devait croître de jour en jour, au fur et

Digitized by Google

à mesure que l'on pénétrait mieux le mécanisme de l'infection.

L'importance relative de ces deux facteurs, microbe infectant et organisme infecté, graine et terrain, est bien frappant dans l'étude d'un des micro-organismes qui font le plus de ravages dans l'espèce humaine, le bacille tuberculeux. Les phtisiques étant légion, l'expectoration étant un mode puissant de diffusion de leurs bacilles, ceux-ci sont en quelque sorte, partout: nous sommes sous la menace constante d'une contamination, il est probable que bien peu y échappent, et, si le bacille tuberculeux avait la même virulence que le bacille tétanique par exemple, l'humanité entière ne tarderait pas à être la proie de la tuberculose. Heureusement, la majorité des hommes ne constitue pas pour le bacille de Koch un terrain de culture très favorable, et, après une lutte plus ou moins longue, plus ou moins difficile, parfois assez silencieuse pour ne pas attirer l'attention, l'organisme triomphe du parasite. On trouve la trace de ces infections légères, suivies à brève échéance de guérisons définitives, quand on recherche systématiquement les cicatrices de tuberculose dans les poumons de sujets morts d'affections quelconques ; elles y sont très fréquentes. Dans la tuberculose, soit au point de vue prophylactique, soit au point de vue thérapeutique, le médecin doit donc tenir au moins autant compte du terrain que du microbe.

Avec la lithiase biliaire, nous nous trouvons en face d'un autre type de maladies infectieuses, celles dans lesquelles un microbe banal, parasite normal de l'organisme, n'exerce une action pathogène qu'à la faveur d'une altération préalable du terrain, si bien que, au point de vue prophylactique et thérapeutique, le microbe n'est pour ainsi dire rien, contrairement à ce qui se passe dans les maladies du premier groupe où le microbe était à peu près tout. Dans une des récentes consultations cliniques de l'hôpital Necker, l'importance du « sol humain » dans l'étiologie de la lithiase biliaire a été de nouveau signalée.

Quels sont, en effet, les micro-organismes capables de provoquer cette affection ?

Jusqu'à ce jour, on n'en a incriminé que deux.

L'un est le bacille d'Eberth, qui peut donner naissance à des angiocholites calculeuses. Celles-ci ne se développent peut-être que sur un terrain prédisposé, il n'en est pas moins acquis que le médecin doit se préoccuper du microbe, et que les précautions prises contre la contamination des eaux potables par le bacille d'Eberth constituent une mesure prophylactique contre la lithiase. La lithiase une fois constituée, ce n'est guère au contraire qu'en agissant sur le terrain, qu'on peut atténuer ses manifestations. Nous retrouvons donc, à propos de la lithiase biliaire post-typhique, une importance relative du microbe et du terrain analogue à celle qui existe dans la tuberculose.

Mais il ne semble pas que la lithiase post-typhique soit à beaucoup près la plus fréquente. C'est au banal coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, que paraît devoir être attribuée surtout la formation des cholélithes, et il n'est pas nécessaire que ce coli-bacille ait une virulence très exaltée. L'expérimentatation tend au contraire à faire admettre que les propriétés lithogènes appartiennent surtout au coli-bacille peu virulent, c'est-à-dire tel qu'il peut exister dans l'intestin, à l'occasion du moindre trouble gastro-intestinal.

Le microbe est donc toujours présent, à l'entrée même des voies biliaires, et prêt à les envahir dès que leurs moyens normaux de défense deviendront insuffisants, comme les multiples organismes de la putréfaction envahissent, dès après la mort générale ou locale, les parois intestinales.

Dans ces conditions, il serait illusoire de tenter une lutte quelconque contre le microbe ; tout au plus peut-on veiller à ce qu'aucun trouble digestif ne lui communique le degré de virulence nécessaire à la manifestation de son action lithogène. Le seul moyen de prévenir la lithiase est d'assurer le bon fonctionnement de la défense contre l'ennemi toujours présent, c'est-à-dire d'entretenir le bon état du terrain, puisqu'une modification pathologique de ce terrain semble être une condition nécessaire au développement de l'infection.

Quelles sont donc les modifications du terrain qui rendent possible son invasion par le coli-bacille? Les unes sont locales et d'ordre mécanique; c'est la stagnation biliaire, dont l'importance avait été reconnue bien avant la découverte de l'origine infectieuse de la lithiase. Les autres sont générales et dérivent du vice de nutrition, que l'on a appelé successivement arthritisme, herpétisme, uricémie, bradytrophie, hépatisme. Je sais combien est vague actuellement la conception de l'arthritisme, ses limites sont peu précises, son origine est inconnue, nous ne saurions définir son essence; il n'en est pas moins une réalité clinique, et la lithiase biliaire nous apparaît nettement comme une de ses manifestations.

C'est ainsi que cette lithiase biliaire est héréditaire et familiale, mais avec cette circonstance particulière, que ce qui est héréditaire n'est pas la maladie elle-même, mais le terrain sur lequel elle se développe. Dans les antécédents des sujets atteints de coliques hépatiques, on trouve, aussi fréquemment que la lithiase elle-même, la lithiase urinaire, la goutte, le diabète, l'obésité, l'asthme, etc. Un goutteux a plu-

Digitized by Google

sieurs enfants : l'un sera goutteux, l'autre diabétique, un troisième aura de la lithiase biliaire, au hasard de la graine qui tombera sur le terrain prédisposé qu'il a reçu en héritage. Un fils d'arthritique a parfois de l'eczéma dans sa première enfance, de la migraine dans l'adolescence, de la lithiase biliaire à l'âge adulte, et termine son existence goutteux ou diabétique : sur le même terrain il fait plusieurs récoltes.

Cette discussion de l'importance relative du terrain et de la graine dans la genèse de la colique hépatique n'a pas qu'un intérêt théorique. Les idées pathogéniques doivent en effet servir de guide à la prophylaxie et à la thérapeutique. Attribuer aux microbes le rôle prépondérant dans le développement de la lithiase conduirait à peu près exclusivement le médecin à l'usage des antiseptiques intestinaux. Attribuer l'importance prépondérante au terrain justifie, au contraire, la thérapeutique classique, qui, actuellement, a fait ses preuves. C'est en effet sur le terrain qu'agit le régime alimentaire, si important chez les lithiasiques, qu'agissent l'exercice, l'hydrothérapie, le massage. Comment expliquer autrement que par une modification de la nutrition générale le bon effet des eaux minérales alcalines? Et il est à remarquer que régime alimentaire, pratiques hygiéniques, médications même, sont en quelque sorte, et sauf quelques modifications de détails, communs à tous les membres de la grande famille des arthritiques. Si certaines eaux minérales alcalines semblent avoir une action élective sur tel ou tel organe, ou modifier plus heureusement telle ou telle manifestation de l'arthritisme, on peut dire qu'en général, *tous* les arthritiques peuvent s'améliorer dans *toutes* les stations où l'on traite une des manifestations de la diathèse. Si Vichy, par exemple, est la station la mieux appropriée au traitement de la lithiase biliaire, on pourra voir cependant des sujets atteints de coliques hépatiques retirer un réel bénéfice d'un séjour à Evian ou à Vittel, où cependant on traite plus spécialement la lithiase urinaire.

Toutes ces notions sont banales, mais il n'est peut-être pas inutile de les rappeler et de les préciser à l'heure actuelle. Il importe de bien établir que les recherches récentes, en mettant en évidence le rôle de l'infection dans le développement de la lithiase biliaire, n'ont pas rejeté au second plan l'importance pathogénique des altérations de la nutrition générale. Elles ont précisé le mécanisme par lequel ces altérations conduisent à la lithiase. Reste à préciser la nature et l'origine de ces altérations elles-mêmes. Vaste et important problème, à peine ébauché encore, et dont la solution ne semble pas proche.

Consultation Thérapeutique

Association d'une dyspnée toxi-alimentaire et d'une angine de poitrine mixte

Par H. Huchard, *de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Necker.*

I. — Exposé clinique

Voici un malade présentant un fait intéressant d'association morbide, peu rare il est vrai, mais exposant à une triple erreur : nosologique, clinique, thérapeutique.

Chez un homme de 63 ans, l'étiologie ne révèle qu'une fièvre typhoïde dans la jeunesse; ni tabagisme, ni alcoolisme, ni syphilis, pas d'antécédents palustres; peut-être abus de l'alimentation carnée.

Depuis 18 mois, il souffre d'une *dyspnée toxi-alimentaire* des plus nettes survenant par la marche un peu rapide, par les montées d'étages, en un mot sous l'influence de tout effort, mais présentant un certain caractère angoissant. Cette oppression a augmenté de telle sorte depuis trois mois, que le malade dort difficilement, et aujourd'hui on constate un très léger œdème prétibial. L'analyse des urines a révélé la présence d'une petite quantité d'albumine : à peine 0,04 centigrammes par litre.

Il y a quelques mois, un symptôme d'un autre genre est apparu, survenant également par l'effort. En montant une côte, il a ressenti subitement à la partie moyenne du sternum une *douleur* très vive sans irradiation brachiale, qui l'a obligé de s'arrêter immédiatement; cette douleur a persisté pendant quelques minutes, puis elle a cessé peu après l'arrêt de la marche. Quelques jours plus tard, dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire sous l'influence d'une marche un peu précipitée, cette douleur est revenue, et il pourrait la faire renaître presque à volonté, en courant, par exemple pour rattraper un omnibus en marche. Enfin, pendant la nuit, il a eu un accès douloureux, survenu cette fois spontanément et remarquable par son intensité, par sa longue durée. Il s'agit ici d'accès d'*angine de poitrine coronarienne* due, soit à une endo-aortite péri-coronarienne, soit à une coronarite sans aortite.

Enfin, il y a quelques semaines, il a éprouvé une douleur continue dans l'épaule droite pendant une quinzaine de jours, et aujourd'hui, il existe au niveau des deuxièmes espaces intercostaux droit et gauche, une douleur fixe et permanente, augmentée par la pression du doigt. Il est plus que probable que cette douleur *pseudo*-angineuse est due à un travail de péri-aortite déterminant une irritation inflammatoire des nerfs du plexus cardiaque, d'où *pseudo*-sténocardie nerveuse ou simplemement névralgique. Je dis « *pseudo*-sténocardie »; car, la sténocardie vraie

Digitized by Google

ou coronarienne ne se manifeste jamais par des douleurs permanentes, elle se traduit toujours par des accès de douleurs paroxystiques.

A l'auscultation du cœur, on constate simplement un retentissement diastolique de l'aorte, indice d'hypertension artérielle, et depuis quinze jours environ une arythmie des plus nettes.

Laissons de côté pour le moment les douleurs fixes et permanentes de l'épaule droite et des espaces intercostaux. Je les rattache à la péri-aortite, je les crois de nature simplement névralgique ou névritique, n'ayant qu'un rapport très éloigné avec l'angine de poitrine coronarienne. Celle-ci se termine presque toujours par la mort subite, tandis que l'angine de poitrine fausse et simplement névralgique présente un pronostic beaucoup plus favorable, la mort subite s'observant très rarement dans ces cas. Je laisse cette question de côté pour ne pas rentrer dans la discussion d'idées qu'on a voulu faire doctrinales.

II. — Discussion du diagnostic

Ce qu'il y a d'intéressant chez ce malade, c'est que deux symptômes différents — la dyspnée toxi-alimentaire par sclérose rénale, l'angine de poitrine vraie par sclérose aortique ou coronarienne — surviennent sous l'influence d'une cause commune, l'effort. Il en résulte qu'ils se produisent en même temps, et alors quelques auteurs n'ont pas craint de ranger dans la classe des dyspnées, la douleur de l'angine de poitrine qu'ils ont même appelée une « dyspnée douloureuse ». Or, pendant l'accès angineux, il y a si peu de dyspnée, que les malades arrêtent d'instinct leur respiration, et faire cette confusion équivaut à celle que l'on commettrait en rangeant parmi les dyspnées, la névralgie intercostale parce qu'elle détermine consécutivement quelque difficulté de la respiration.

Ouvrez vos livres classiques, l'un d'eux en particulier (1), et voici ce que vous lirez, sans doute à votre grand étonnement :

« Chez certains malades, ce n'est pas la douleur qui domine la scène, les manifestations de l'angine de poitrine changent de caractère, et l'accès *douloureux* est accompagné ou remplacé par des accès d'*oppression* avec ou sans *palpitations*. Parfois même, la *dyspnée* est tellement dominante que l'élément douloureux est tout à fait relégué au second plan. Cette dyspnée angoissante, paroxystique, rappelle un peu les grandes dyspnées urémiques. » (2)

(1) *Manuel de pathologie interne*, par Dieulafoy. Paris 1897 et 1900.

(2) Le même auteur cite « la perte d'appétit, la salivation, la constipation » parmi les symptômes qui s'observent fréquemment pendant les accès. — Je demande comment on peut observer « la perte d'appétit, la constipation ! » dans le cours des accès angineux dont la durée ne dépasse pas souvent quelques minutes.

L'auteur a raison, lorsqu'il dit que « chez certains malades, ce n'est pas la douleur qui domine la scène », et cela est si vrai qu'il y a des sténocardies sans douleur, qu'on ne meurt presque jamais par excès de douleur, et que beaucoup de malades succombent subitement à leur premier accès, par syncope, d'où le nom de *syncopa angens* donné par Parry vers la fin du siècle dernier à l'angine de poitrine. Ce qui menace le malade, ce n'est pas la douleur, c'est l'ischémie cardiaque, c'est l'arrêt du cœur par arrêt de la circulation coronaire ; cela, je l'ai prouvé à l'aide d'arguments décisifs dans mon Traité des maladies du cœur. Inutile de revenir sur cette question absolument élucidée.

Mais, dire que l'accès douloureux peut être « accompagné ou remplacé par des accès d'oppression », affirmer que la dyspnée fait partie intégrante de l'accès angineux, confondre la dyspnée avec la douleur, c'est commettre, je le répète, une triple erreur : nosologique, diagnostique, thérapeutique.

Je vais le démontrer :

Le malade que nous avons vu atteint de sclérose artérielle, présente deux localisations de sa lésion, au rein et à l'aorte. Au rein, la sclérose donne lieu à la dyspnée toxi-alimentaire ; à l'aorte et aux coronaires, elle aboutit au syndrôme angineux. Si les accès dyspnéiques et les crises angineuses surviennent sous l'influence de la même cause occasionnelle, d'un effort, il ne s'ensuit pas que ces deux symptômes sont équivalents, et nous allons voir que ce que la clinique réunit ou associe incidemment, la thérapeutique sait le dissocier.

Prescrivez à ce malade le régime lacté exclusif avec quelques doses de théobromine pour activer la diurèse, et vous verrez disparaître très rapidement, en quelques jours, et d'une façon presque mathématique, comme je ne cesse de le répéter, les accès dyspnéiques. Mais, vous aurez beau continuer ce même régime pendant des semaines ou des mois, l'angine de poitrine persistera toujours ; elle restera, témoignage irrécusable de son origine aortique, nullement rénale. Sous l'influence d'un effort, d'une montée d'étages, d'une marche un peu précipitée, après les repas et contre le vent, l'accès angineux éclatera, mais pur cette fois, sans être accompagné de la moindre dyspnée, puisqu'elle a été supprimée par la suppression de sa cause, de l'intoxication alimentaire. Le régime lacté en diminuant la tension artérielle, pourra bien atténuer l'intensité des crises angineuses, mais encore une fois il ne les fera pas disparaître, et contre elle une autre médication s'impose : par les préparations d'iodure, de trinitrine, de tétranitrol, par les inhalations de nitrite d'amyle.

On a admis une angine de poitrine diabétique, une angine de poitrine albuminurique. C'est une

Digitized by Google

double erreur. Jamais l'albuminurie par elle-même, c'est-à dire la maladie rénale, jamais le diabète par lui-même, ne produisent la sténocardie coronarienne. Les albuminuriques et les diabétiques deviennent angineux à la faveur de la sclérose artérielle, de l'aortite, de la coronarite dont ils sont souvent atteints, et la guérison de la néphrite comme la disparition du diabète ne sont pas suivies de l'atténuation ou de la disparition des accès angineux. D'autre part, les auteurs qui veulent assigner à l'angine de poitrine une origine urémique et qui annoncent sa disparition par le régime lacté exclusif, ont commis une erreur de diagnostic sur la foi de certains manuels de médecine : ils ont confondu la dyspnée avec la douleur, l'angoisse respiratoire avec l'angoisse cardiaque.

J'ai dit que les accès angineux vrais sont toujours paroxystiques et provoqués par l'effort, que toute douleur fixe, permanente, ou augmentée par la pression du doigt n'appartient pas à la sténocardie coronarienne. Cependant, notre malade a eu un accès *spontané* pendant la nuit, ce qui paraît être en contradiction avec la première affirmation. Mais il convient de rappeler les quatre lois suivantes que j'ai formulées :

1° Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, par la marche rapide, etc., est une angine VRAIE OU CORONARIENNE.

2° Lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées pendant la nuit, la première loi n'est pas en défaut : il s'agit toujours d'un angineux vrai.

3° Toute angine de poitrine se produisant spontanément, sans l'intervention d'un acte nécessitant un effort est une angine FAUSSE OU NÉVRALGIQUE.

4° Les douleurs thoraciques provoquées par la pression ne sont pas des douleurs angineuses,

J'ajoute que les crises nocturnes d'angine de poitrine présentent les trois caractères suivants, en partie déjà signalés par Heberden : intensité des douleurs, leur longue durée (plusieurs heures au lieu de quelques minutes comme celles du jour), leur apparition spontanée.

Enfin, chez ce malade, il est probable qu'il y a une angine de poitrine mixte : *coronarienne* (accès douloureux paroxystiques), par endo-aortite ; *névralgique* ou *fausse* sténocardie par péri-aortite.

III. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ; TRAITEMENT.

J'ai dit que la thérapeutique sépare ce que la clinique semble réunir. La preuve, c'est que les indications thérapeutiques sont tout à fait différentes pour ce cas complexe : les unes s'adressant à l'angine de poitrine coronarienne, les autres à la névrite cardiaque péri-aortique, les autres encore à la dyspnée toxi-alimentaire. Laissons pour l'instant de côté la névrite cardiaque péri-aortique que seule la médication révulsive ou analgésique peut combattre (application de teinture d'iode, de pointes de feu, de salicylate de méthyle, etc., au devant de la région sterno-costale supérieure), et occupons-nous du traitement des deux autres syndrômes.

1° Le traitement de la sténocardie coronarienne est bien connu, je l'ai exposé maintes fois dans tous ses détails (*Traité clinique des maladies du cœur, 1899-1901; consultations médicales, 1901*), au point qu'il me paraît inutile d'y insister : inhalations de *nitrite d'amyle*, parfois injections sous-cutanées de *trinitrine* au moment des accès; par la voie gastrique, emploi de la *trinitrine*, du *tétranitrol* (1), des *iodures*, dans l'intervallle des accès. En un mot, la médication est vaso-dilatatrice et hypotensive, et ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'elle n'a aucune action contre la dyspnée toxi-alimentaire. Elle parvient à diminuer la douleur sténocardique, elle laisse subsister, encore une fois, l'élément dyspnéique dans presque toute son intensité.

2° Le traitement de la dyspnée toxi-alimentaire vise l'intoxication par l'alimentation carnée, et en supprimant celle-ci il supprime du même coup en quelques jours ou en quelques semaines l'élément dyspnéique, tout *en laissant persister l'élément douloureux de la sténocardie ;* la médication vise l'élimination rénale qu'elle active, et les bons résultats de la thérapeutique sont dans la plupart des cas tellement certains et invariables qu'on pourrait presque les dire mathématiques. En quelques mots, voici la prescription :

1° Se soumettre pendant 10 ou 15 jours, au *régime lacté exclusif* (3 litres 1/2 à 4 litres de lait au minimum).

2° Deux ou trois fois par jour, un cachet de théobromine à 0,50 centigr.

Plus tard, lorsqu'au bout de 10 ou 15 jours, la dyspnée et sa compagne souvent inséparable, l'insomnie, auront disparu, il y aura lieu d'instituer pendant des mois et même des années, la médication suivante :

1° Tous les mois, deux fois, pendant 5 à 6 jours, *régime lacté exclusif* (comme plus haut) et pendant ce régime, une dose de 0,25 à 0,50 centigr. d'*iodure de sodium* par jour).

(1) Le *tétranitrol* (ou *tétranitrate d'érythrol*) est un excellent succédané de la trinitrine, que j'expérimente avec succès depuis plus de trois ans à titre de médicament vaso-dilatateur et hypotenseur. Je l'emploie, en comprimés de un centigramme, à la dose quotidienne de trois à six centigrammes par jour. La posologie, le mode d'administration et d'action de ce médicament précieux feront bientôt de notre part, l'objet d'une communication. — H. H.

Digitized by Google

2° Dans l'intervalle de ce régime lacté exclusif, instituer le *régime lacté mitigé* : 2 litres de lait par jour, beaucoup de légumes, fruits, quelques œufs, peu de viande et jamais le soir. — Eviter : bouillons et potages gras en excès, viandes faisandées et peu cuites, poissons de mer, gibier, fromages avancés, conserves alimentaires, etc. — Pendant ce régime, une ou deux fois par jour, un cachet de *théobromine* à 0,50 centigr. avec un grand verre d'eau d'Evian-Cachat.

Mais le lait peut occasionner de la diarrhée ou une constipation opiniâtre que l'on parvient toujours à combattre par les moyens appropriés dont nous dirons quelques mots. D'autre part, quelques malades ne peuvent supporter le régime lacté, ou lacto-végétarien trop prolongé. Pour obvier à cet inconvénient, il faut avoir recours à une farine légèrement torréfiée (aliment complet de Maxime Groult) dont l'analyse faite par le professeur A. Gautier, membre de l'Académie des Sciences et mon collègue à l'Académie de médecine, a démontré l'heureuse composition en corps albuminoïdes, en corps gras, en principes hydro-carbonés et en sels minéraux, ce qui lui donne tous les éléments d'une substance très nutritive et en fait une acquisition thérapeutique de haute valeur. En Allemagne, le professeur O. Liebreich qui poursuit à ce sujet des expériences très décisives, partage, comme il me l'écrit, les conclusions suivantes, exprimées par le professeur A. Gautier. « C'est un aliment qu'on peut recommander pour le jeune enfant qui se développe, lorsqu'on veut le déshabituer avec prudence du lait maternel ; c'est aussi un aliment qui peut être précieux chez l'albuminurique qui supporte mal le lait, chez les convalescents, les débilités, etc. »

Nos observations personnelles confirment absolument les expériences et analyses de notre éminent collègue, et si l'on peut toujours trouver des substances alimentaires plus délicieuses au goût (quoique celle-ci soit d'une saveur agréable) il est difficile d'en rencontrer de plus nutritives ou réparatrices et qui répondent mieux aux indications et exigences d'un parfait aliment. Cela, je l'ai observé sur moi même et sur de nombreux malades. La dose est de 20, 40 ou 60 gr. de farine délayée dans le lait et bouillie, non pas pendant « quelques minutes » comme on l'a indiqué à tort, mais pendant au moins 15 à 20 minutes. On ajoute ensuite, soit du sel, soit du sucre en quantité suffisante. Voilà un excellent moyen pour rompre la monotonie du régime lacté exclusif, pour éviter et vaincre le dégout parfois insurmontable que les malades en éprouvent à la longue, enfin pour les nourrir efficacement sous un petit volume alimentaire.

Quant à la diarrhée produite par le régime lacté intensif et prolongé, on peut en avoir raison par l'emploi du *sous-nitrate de bismuth*, à la dose d'un gramme à chaque tasse de lait, et non de salicylate de bismuth dont on abuse, ce dernier sel pouvant, par son élimination rénale, aboutir à l'irritation du rein. On peut encore avoir recours au *kéfir* (n° 2), à la dose d'une bouteille par jour, remplaçant la même quantité de lait. Le kéfir, quand il est bien accepté et toléré par les malades, parvient à combattre la diarrhée, en raison de l'acide lactique qu'il contient, et même en raison de l'alcool, la tendance à l'affaiblissement dont se plaignent souvent les malades soumis au régime lacté exclusif ou mitigé ; mais, je répète que cet « affaiblissement » est plutôt chez eux le résultat d'idées préconçues, et il faut bien leur faire comprendre qu'ils doivent choisir entre cet affaiblissement hypothétique par le régime lacté, et l'empoisonnement certain par le régime carné. Lorsqu'ils ne supportent pas le kéfir, j'ai coutume, pour relever leurs forces, de leur prescrire trois fois par jour, en même temps que le régime lacté exclusif, un verre à madère de vieux vin de Bordeaux avec eau d'Evian. J'ajoute que la diarrhée produite par le régime lacté exclusif, doit être combattue *sans trève;* car elle est un des principaux obstacles au succès de la médication, et c'est elle qui réellement contribue à « l'affaiblissement » des malades.

La constipation a moins d'inconvénients ; elle cédera toujours à l'emploi d'une ou deux cuillerées à café de *magnésie*, d'une à deux pilules de 0,10 centigr., d'aloès, de cachets de *cascara sagrada* à 0,30 centigr. dun verre d'une bonne eau purgative française : *eau de Montmirail*, de temps à autre.

J'insiste à dessein sur l'alimentation du cardio-scléreux, du dyspnéique par sclérose cardio-rénale, puisque le régime alimentaire forme la *base du traitement.*

Telles sont les indications thérapeutiques à remplir contre ce cas fort complexe consistant chez le même malade dans l'existence de la sténocardie coronarienne et de la dyspnée toxi-alimentaire.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pilules diurétiques anti-uricémiques :

Extrait de stigmates de maïs..
— de convallaria maialis.
Benzoate de soude.....
Carbonate de lithine.....
} àà 3 grammes

Pour soixante pilules. 4 à 10 pilules par jour. (H. Huchard).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Le nettoyage de l'utérus dans l'infection puerpérale. — Dès qu'une accouchée présente des signes d'infection (élévation de température, fréquence du pouls, lochies fétides, etc.) il faut immédiatement désinfecter la plaie utérine. Si au bout de 24 à 36 heures les accidents n'ont pas cédé aux injections intra-utérines, on devra nettoyer plus énergiquement la cavité de la matrice, source des poisons qui circulent dans l'économie.

Deux procédés sont susceptibles d'être employés : le curettage et le curage digital. Le premier présentant des dangers, il vaut mieux autant que possible user du curage digital qui ne provoque jamais d'accidents.

1° *Curage digital.* — L'anesthésie au chloroforme ou à l'éther est presque indispensable, car la pénétration des doigts dans l'utérus est une manœuvre très douloureuse; de plus, l'abaissement de la matrice étant produit à l'aide de pression sur la paroi abdominale, il faut que la malade ne contracte pas ses muscles. La vulve et le vagin étant soigneusement désinfectés, la vessie ayant été vidée, on introduit deux doigts de la main droite dans la cavité vaginale tandis que l'autre main, placée sur l'abdomen, abaisse fortement le fond de l'utérus. Le col descend facilement sur le plancher périnéal et les doigts vont pouvoir pénétrer dans la cavité interne, car généralement l'orifice interne est largement perméable dans les cas d'infection, comme l'a bien montré Budin. Une fois dans la cavité utérine, on grattera avec les ongles et l'extrémité des doigts les différentes faces de l'organe. On retirera ainsi soit des débris placentaires, soit des lambeaux de membranes, soit, enfin, des caillots putréfiés. Il arrive parfois que les morceaux ainsi décollés soient assez volumineux pour qu'on ait de la peine à les entraîner hors de la cavité utérine, le corps étranger fuyant sous les doigts. C'est alors que le médecin sera tenté de se servir de pinces, et cependant leur emploi est dangereux, car on a signalé à leur suite de nombreuses observations de perforation de l'utérus. L'expression abdomino-vaginale est préférable; elle consiste à placer les doigts vaginaux dans le cul-de-sac postérieur, tandis que la main abdominale comprime la paroi antérieure de l'utérus (Budin). Le corps étranger tombe dans le vagin comme un noyau de cerise qui est pincé entre les doigts. Quand la surface interne est bien régulière, on fait une large irrigation au sublimé, à 1 pour 4000, puis on passe plusieurs gros écouvillons qui vont donner le « coup de balai final » et retirer les débris qui pourraient rester collés à la face interne de l'utérus. Ces écouvillons doivent avoir au moins le volume du pouce et présenter des barbes assez dures pour gratter énergiquement. Ceux qui sont construits en côtes de plumes sont préférables. Quand les petites brosses ressortent bien propres on passe un tampon monté imbibé de teinture d'iode, de glycérine créosotée au quart, qui ira désinfecter encore plus sûrement la paroi interne, puis on met en place une mèche de gaze qui assurera l'écoulement lochial. Ce n'est qu'en cas d'hémorrhagie qu'on emploiera le véritable tamponnement utéro-vaginal. Si la rétraction de l'orifice interne est suffisante pour gêner l'introduction des doigts, il faudra dilater le col avec des bougies de Hégar avant de commencer le curage. Cette dilatation est surtout indiquée dans le cas d'infection par rétention à la suite d'avortement.

2° *Curettage.* — Cette opération ne diffère en rien du curettage gynécologique si ce n'est qu'il est plus dangereux étant donnés la minceur et le ramollissement de certains utérus puerpéraux. Elle a l'avantage sur le curage de pouvoir être pratiquée sans anesthésie. La lèvre antérieure du col étant abaissée à l'aide d'une pince à traction on passe une grosse curette mousse sur toute la surface interne de l'utérus. On arrive ainsi à nettoyer la cavité utérine dans la plupart des cas. Cependant les observations ne sont pas rares dans lesquelles des opérateurs attentifs ont laissé de gros débris placentaires, si bien qu'on a qualifié la curette d'instrument aveugle. De plus, si l'on veut produire, coûte que coûte, le fameux cri utérin, on perfore facilement cet organe si ramolli par la puerpéralité et l'infection. Aussi beaucoup d'auteurs n'emploient la curette que comme complément du curage digital, l'instrument étant pour ainsi dire dirigé par le doigt sur le point de la surface utérine où il reste encore des débris que le doigt n'a pu arriver à arracher complètement. Il est évident que si la perméabilité du col est insuffisante pour laisser passer une grosse curette, il faudra dilater comme précédemment à l'aide des bougies de Hégar.

Le nettoyage de la cavité utérine soit par le curage digital, soit par le curettage donne d'excellents résultats, surtout si l'opération n'est pas faite trop tardivement. Souvent la température tombe dès le jour même; on doit cependant savoir qu'on observe parfois à sa suite un grand frisson accompagné d'une forte élévation thermique. Mais cette poussée fébrile, véritable fièvre d'inoculation, n'est pas grave et le thermomètre ne tardera pas à reprendre la courbe normale. — A. Brindeau, *accoucheur des hôpitaux.*

Digitized by Google

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le clou de girofle.

Les propriétés aromatiques du clou de girofle ont fait de ce bouton floral un condiment très apprécié : les éléments mêmes de sa sapidité, tanin et eugénol, lui confèrent également des propriétés irritantes dont les médecins arabes avaient su naguère tirer parti dans un but thérapeutique ; les clous de girofle formaient la base d'un topique, le *koheul*, qu'ils utilisaient comme pommade ophtalmique.

Un médecin russe, Kravtchenko (1), a mis en relief il y a quelques mois, ces propriétés vieilles de plusieurs siècles en employant avec succès l'extrait aqueux fluide de girofles dans le traitement des taches de la cornée.

Cette préparation instillée dans l'œil ou mieux appliquée à l'aide d'un pinceau sur les taches de la cornée, produit une irritation assez intense et ne peut, par conséquent, être utilisée que dans les cas où les phénomènes inflammatoires aigus ont déjà disparu. La douleur que provoque cette application est cependant de si courte durée qu'il est inutile de pratiquer une anesthésie préalable au moyen de la cocaïne : le fait est dû aux propriétés anesthésiantes locales de l'eugénol qui se trouve. en petite proportion il est vrai, dans cet extrait. L'éclaircissement des taches de la cornée qu'amène ce traitement résulte sans doute, dans les lésions récentes, d'une résorption des infiltrats ainsi que d'une amélioration dans la nutrition du tissu cicatriciel atrophique de la cornée.

Dans les cas de taches superficielles et étendues, l'auteur conseille de faire les instillations deux fois par jour, dans une même séance à plusieurs reprises et à intervalles de 5 à 10 minutes ; dans les cas de taches épaisses, nettement limitées, il est bon d'aider à l'instillation par une application au pinceau.

Cet extrait peut être préparé d'après la formule suivante :

Clous de girofle en poudre grossière..	30 grammes
Eau bouillante.....	60 —

On laisse en contact 24 heures : on recueille 15 grammes de liquide ; on épuise le marc avec une quantité suffisante d'eau chaude par lixiviation ; on évapore au B. M. jusqu'à réduction à 10 grammes ; on mélange au liquide précédent on ajoute 5 grammes d'eau de laurier-cerise et on filtre.

L'essence de girofles (2) constitue un des éléments actifs d'une préparation employée encore parfois en frictions à titre d'excitant dans la médecine infantile, le linimen1 de Rosen :

Beurre de muscades.....	5 grammes
Essence de girofles.....	5 —
Esprit de genièvre.....	90 —
F. s. a.	(Codex.)

Cette préparation n'est pas homogène ; elle se sépare et le beurre de muscade se dépose : pour éviter, dans la mesure du possible, cet inconvénient, P. Vigier a proposé d'ajouter à la formule précédente 2 grammes d'huile de ricin.

Suivant Gay, le liniment de Rosen dans lequel le beurre de muscade serait émulsionné avec des agents émulsifs applicables en liqueur alcoolique, comme la teinture de quillaïa, présenterait plus de garantie dans son application et serait d'un aspect plus agréable ; la formule pourrait devenir alors la suivante :

Beurre de muscade.....	5 grammes
Essence de girofles.....	5 —
Teinture de quillaïa.....	10 —
— d'essence de genièvre.	80 —
F. s. a.	A. Brissemoret.

(1) Vratch, 1899 n° 5 d'après Annales de Merck, 1900.
(2) Mélange de caryophylène et d'engénol.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Doit-on ponctionner un épanchement pleural chez un cardiaque artériel ou valvulaire ? — Cette question a été diversement résolue, et pendant longtemps on a vécu sur cette idée qu'une pleurésie franche pouvait être ponctionnée, mais un hydrothorax jamais. Or, c'est là une des plus grosses erreurs thérapeutiques. Déja, depuis nombre d'années, M. Huchard insistait sur la fréquence des épanchements pleuraux droits, surtout dans les cardiopathies artérielles, je me suis moi-même beaucoup occupé de la question et la thèse de mon ami le Dr Robert (Des manifestations pleurales dans les affections du cœur et de l'aorte *Th. Paris* 1898) résume toutes nos idées à ce sujet. Si, cliniquement, ce sont là des vérités démontrées, pratiquement, il en découle une conséquence très importante : l'opportunité de la ponction, et cela d'autant plus que ces épanchements sont souvent très abondants et latents.

J'essaierai, en quelques propositions de formuler, les opinions que l'expérience me paraît avoir sanctionnées. Envisageons les deux hypothèses suivantes :

a) Il y a un épanchement pleural unilatéral ;

b) Il y a un double épanchement avec ou sans ascite.

Dans le premier cas, il n'y a pas à hésiter, il faut ponctionner, car l'obstacle circulatoire formé par le liquide pleural empêche l'action de la digitale ou de la théobromine. La thérapeutique générale est infructueuse tant que l'on n'a pas fait disparaître cet épanchement.

Digitized by Google

Sur près de 20 pleurésies au cours de cardiopathies valvulaires ou artérielles que nous avons eu l'occasion de ponctionner, nous n'avons pas eu à déplorer d'accidents, ce qui nous amène à conclure que la ponction n'est pas plus dangereuse chez les cardiaques que chez d'autres malades. Il y a cependant des contre-indications absolues, d'abord la présence d'un anévrysme aortique, et en second lieu l'existence d'une angor pectoris, bien qu'en cette dernière occurrence, les crises d'angor diminuent très sensiblement lors de la formation de l'épanchement, car celui-ci favorisant la dilatation cardiaque, les accidents de sténose coronarienne se trouvent jusqu'à un certain point compensés. Quoique le danger soit, en cette circonstance, plus grand, il semble cependant que ce ne soit pas une contre-indication absolue à la ponction ; car on se trouve dans cette alternative fâcheuse, ou de laisser mourir son malade d'asystolie tenue permanente par l'épanchement, ou de risquer une crise d'angor pendant la ponction et déterminée par la crainte.

Quoi qu'il en soit, on ponctionnera avec un trocart de moyen volume et avec prudence. Le trocart que nous conseillons et qui ne se trouve généralement pas dans les boîtes de l'appareil Potain est le n° 2.

On arrêtera l'écoulement du liquide lors d'une quinte de toux et on cessera totalement la ponction s'il survenait une toux spasmodique et quinteuse, quitte à remettre la ponction à une autre date. On évitera également de vider la plèvre à siccité. Comme suites opératoires, on peut observer de l'œdème pulmonaire avec quelquefois congestion et expectoration albumineuse et rosée. Nous l'avons observée 2 fois, mais ce n'est pas là une complication dangereuse par elle-même, on en vient facilement à bout avec quelques ventouses et une injection d'éther ; d'ailleurs, la digitale ou la théobromine, suivant le cas, administrées dans la journée qui suit la ponction ont une action heureuse sur cet œdème pulmonaire, soit par le rehaussement de la pression artérielle, soit par la dérivation rénale. Mais l'œdème, s'il n'est pas immédiatement grave est d'un mauvais signe pronostique, car il indique presque sûrement que le liquide va se reproduire et alors c'est une asystolie permanente et irréductible qui commence... Lorsque l'épanchement ne se reproduit pas, la guérison se produit par symphyse. Evidemment, c'est substituer une lésion à une autre, mais la symphyse est encore une meilleure chose que l'épanchement, car elle permet l'action des médicaments, et elle recule l'issue fatale pour un laps de temps, quelquefois assez considérable, pouvant atteindre plusieurs années. C'est là un résultat qui mérite certainement d'être pris en considération.

D'ailleurs, la symphyse n'est pas fatale el j'ai autopsié, un an après une ponction, un malade et je n'ai trouvé que de l'epaississement pleural, sans liquide ni symphyse.

Dans la seconde hypothèse, où il y a hydrothorax bilatéral et liquide ascitique, il peut paraître absurde de penser à rendre étanches toutes ces cavités. Il n'en est rien cependant, et on peut fort bien y arriver et prolonger ainsi notablement la vie du malade.

Le point le plus important, en la matière, est de savoir discerner quel est l'épanchement qui fait obstacle à la médication et qui maintient l'asystolie, car c'est par lui qu'il faut commencer. Nous pouvons dire qu'il y a une loi presque absolue qui permet de le savoir. La séreuse la plus importante en thérapeutique est celle qui s'est enflammée la dernière, ou celle qui a fait le plus rapidement une abondante hydropisie, c'est celle où l'organe sous-jacent est le plus atteint, soit par une poussée aiguë au cours de l'affection chronique, soit que cet organe ait été jusque la indemne. C'est ainsi qu'une ascite à développement rapide, ou qui s'accompagne des douleurs spéciales de la péri-hépatite, c'est ainsi qu'une plèvre dont on peut suivre graduellement l'épanchement et qui recouvre un poumon atteint d'œdème ou de congestion plus ou moins aiguë, doivent d'abord être l'objet de tous les soins du médecin. Révulsion, ponctions, ventouses, on doit tout employer pour lutter. Lorsque la séreuse dont l'action est manifeste aura été traitée, on pourra voir alors la médication par la digitale ou le théobromine reprendre son action, et l'on aura ensuite le loisir de vider les autres épanchements, à temps perdu, si je puis m'exprimer ainsi. On peut de la sorte obtenir des résurrections presque inespérées, et si l'on ne peut prétendre à une très longue survie, du moins, elle pourra quelquefois atteindre plusieurs mois ou plus, et l'on aura procuré au malade un notable soulagement. — M. Deguy, *ancien interne des hôpitaux.*

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des oxyures. — Rien de si simple au premier abord que de débarrasser l'enfant de ces vers minuscules, et cependant, combien d'échecs n'éprouve-t-on pas en pratique. C'est qu'on ne tient pas assez compte que c'est non seulement le rectum et le gros intestin qui servent d'habitat à ces parasites, mais aussi la dernière portion de l'intestin grêle. Aussi, il faut un double traitement : général de tout l'intestin, et local du rectum. La manière la plus simple et la plus sûre est la suivante : Purger déjà l'enfant avec une dose de calomel en rapport avec son âge, et le mettre au régime lacté. Ce traitement prémonitoire de 24 heures, débarrasse déjà complètement l'intestin des matières fécales et favorisera l'ac-

Digitized by Google

tion des médicaments vermifuges qui pourront atteindre plus facilement le parasite.

Pendant les deux jours qui suivront, on administrera de la santonine ou du semen-contra.

Santonine.....	0 gr. 05

Pour un paquet, le matin à jeun.

ou bien :

Semen-contra.....	3 grammes

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse.

Ce simple traitement de 3 jours aura presque à coup sûr débarrassé l'intestin du parasite ; mais celui-ci, les femelles principalement, seront encore dans le rectum qui est leur habitat de prédilection et où les vermifuges les atteignent difficilement. Aussi il convient à ce moment de faire un traitement local qui les détruira et débarrassera l'enfant. Pour cela, on a recours soit à des suppositoires selon une des formules :

Calomel.....	0 gr. 10
Beurre de cacao.....	2 grammes

ou :

Onguent mercuriel double.....	0 gr. 10
Beurre de cacao.....	2 grammes

soit à des pommades introduites aussi profondément que possible dans l'anus avec le doigt, selon une des formules suivantes :

I. Calomel.....	3 grammes
Vaseline.....	30 —

ou

II. Oxyde jaune de mercure.....	0 gr. 30
Vaseline.....	ãã 15 grammes
Lanoline.....	

La méthode des lavements nous paraît de beaucoup préférable. En voici quelques formules que nous empruntons à M. Comby :

I Tanaisie.....	2 grammes
Infuser dans eau.....	200 —
Ajouter glycerine.....	20 —
II Menthol.....	0 gr. 25
Huile.....	60 grammes
III Santonine.....	0 gr. 50
Infuser dans eau.....	150 grammes

Pour notre part, nous préférons le lavement au nitrate d'argent employé ainsi : Faire d'abord un lavement évacuateur pour débarrasser l'ampoule rectale des matières fécales, puis ensuite donner un lavement de nitrate d'argent au deux centième que l'on laislaissera 5 minutes environ, et enfin neutraliser l'excès de nitrate d'argent par une injection rectale d'eau salée.

Il est exceptionnel que ce traitement échoue, mais comme nous l'avons vu, il demande 4 jours. Mais, qu'importe le temps, pourvu que l'on réussisse, car n se leurre trop souvent lorsqu'on s'est borné à quelques lavements, car le traitement sera à recommencer quelque temps après. — M. Deguy.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fistules à l'anus. — Les fistules anales sont très fréquentes et les variétés de traitements qu'on leur a opposés indiquent suffisamment que leur thérapeutique n'est pas simple. Il est cependant possible d'obtenir la guérison par une opération radicale à condition d'observer rigoureusement avant et après l'opération certaines règles qui ont plus d'importance qu'on ne le croit généralement.

Au point de vue chirurgical, les fistules à l'anus comprennent deux groupes : les fistules *superficielles* qui n'intéressent pas le sphincter (appelées sous-sphinctériennes, sous-tégumentaires, sous-cutanéo-muqueuses) : les fistules *profondes* dont l'orifice interne débouche dans la région sphinctérienne ou au-dessus, on leur a donné divers noms (intra-sphinctérienne ou trans-sphinctérienne, extra-sphinctérienne ou sus-sphinctérienne).

I. Fistules superficielles. — Leur traitement est relativement facile, on a à choisir entre l'*incision simple* et l'*extirpation* après ou sans incision.

Mais pour opérer dans de bonnes conditions, il faut arriver à préparer la région anale et la partie inférieure du rectum comme pour toute opération aseptique, c'est pour cette raison que les soins opératoires ont une grande importance. Pendant les huit jours qui précèdent l'opération, le malade doit être mis à un régime léger ; il faut lui administrer un purgatif salin tous les deux jours, le dernier 48 heures avant l'opération. La veille, on lui donne 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque et un grand lavement pour nettoyer le rectum, on rase la région anale sur laquelle on applique un pansement aseptique.

Le malade doit être anesthésié soit au chloroforme soit à la cocaïne en injection sous-arachnoidienne comme on l'a fait récemment.

Après l'avoir mis dans la position de la taille, la région anale et l'ampoule rectale sont lavées soigneusement au savon, l'anus dilaté si cela est nécessaire ; la toilette terminée, on introduit dans le rectum une compresse stérilisée afin d'éviter les débâcles pendant l'opération.

Les instruments nécessaires sont peu nombreux ; stylet, sonde cannelée, bistouri, ciseaux, pinces hémostatiques, une valve de Sims, des aiguilles de Hagedorn, un thermocautère.

a) *Incision simple.* — On explore la fistule au moyen d'un fin stylet de façon à s'assurer si elle est

Digitized by Google

complète ou borgne externe, puis on le remplace par la sonde cannelée dont l'index gauche introduit dans l'anus va chercher l'extrémité pour l'amener au dehors ; on a alors un pont de substance facile à inciser au bistouri ou au thermocautère ; si l'orifice interne est assez élevé (ce qui est rare dans les fistules superficielles) on pourra introduire une valve pour bien découvrir le trajet fistuleux. L'incision faite, on reste en face d'une plaie suppurée qu'on peut traiter de différentes façons : curetter, cautériser au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, au thermocautère porté au rouge sombre. Reste à mettre une mèche entre les lèvres de la plaie, à retirer la compresse du rectum, et à introduire un gros drain entouré de gaze stérilisée, destiné au passage des gaz.

b) *Extirpation.* — Elle peut être ou non précédée de l'incision. Dans le premier cas, avec les ciseaux courbes ou le bistouri on excise les parois de la fistule sur toute son étendue, on obtient alors une plaie aseptique dont on peut tenter la réunion par première intention en suturant les deux lèvres de la plaie au catgut en un ou deux étages.

L'extirpation sans incision est plus simple, nous y avons eu recours plusieurs fois et nous en avons obtenu d'excellents résultats. La fistule étant chargée sur la sonde cannelée comme pour l'incision simple, on incise au bistouri les tissus superficiels, puis on dissèque au bistouri ou aux ciseaux tout autour de la fistule en se guidant sur la sonde cannelée, on extirpe ainsi comme une tumeur la fistule et les tissus indurés sous-jacents, on obtient une plaie que l'on suture et que nous avons toujours vue se réunir par première intention.

Quel que soit le procédé que l'on choisisse, on introduit comme précédemment un tube de caoutchouc entouré de gaze dans l'anus, on met sur la région anale une compresse stérilisée maintenue par du coton et un bandage en T.

La fistule borgne interne, plus rare, doit être transformée en fistule complète et traitée de la même façon.

Les pansements consécutifs réclament le plus grand soin. Pendant 6 à 8 jours le malade est mis au lait, au bouillon, au jus de viande, on lui donne 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque, car il faut nécessairement obtenir la constipation pour que la plaie reste aseptique. Vers le 6e ou 8e jour administrer un laxatif léger.

Si l'on a fait l'incision simple, le pansement doit être renouvelé le 2e ou 3e jour, on fait une légère irrigation antiseptique, on cautérise la plaie à la teinture d'iode et l'on met entre ses lèvres une mèche de gaze ; ce pansement est renouvelé tous les jours ; si des garde-robes surviennent, le pansement doit être fait sitôt après. Il faut compter environ trois semaines avant que la guérison soit complète.

Si l'on a fait l'extirpation, le pansement est renouvelé vers le 3e ou 4e jour ou même plus tard s'il n'est pas souillé ; la guérison est plus rapide si la plaie se réunit bien, sans suppuration, au bout de 10 à 12 jours au plus la cicatrisation est parfaite ; c'est, d'ailleurs, le grand avantage de ce procédé.

II. Fistules profondes. — Les difficultés sont plus grandes dans cette variété, car on doit s'efforcer de conserver le sphincter, l'incision de ce muscle entraînant l'incontinence des matières fécales. Les opérateurs sont divisés, les uns incisent la fistule en conservant le sphincter, les autres incisent ce dernier disant que l'incontinence est passagère, d'autres, enfin, extirpent la tumeur comme précédemment. Les soins préopératoires sont les mêmes que pour les fistules superficielles.

a) *Incision avec conservation du sphincter.* — Que la fistule soit intra ou sus-sphinctérienne, on peut essayer d'abord la cautérisation à la teinture d'iode, au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, au thermocautère, on peut même la curetter au moyen d'une fine curette. Ces petits moyens peuvent amener la guérison, mais au bout d'un temps généralement long. Si celle-ci se fait trop attendre, il faut arriver à l'incision ; on introduit une sonde cannelée dans la fistule et l'on incise jusqu'à l'anus : on recherche les diverticules qu'on incise, puis on nettoie tout cela à la curette ou, de préférence, au thermocautère. On peut alors explorer la partie supérieure de la fistule, y porter des topiques et y introduire une mèche de gaze. Les pansements sont très importants ; ils doivent être renouvelés tous les jours, et pour éviter la récidive il faut veiller à ce que la cicatrisation s'opère de la profondeur vers la superficie.

b) *Incision avec section du sphincter.* — On procède comme pour une fistule superficielle, on introduit une sonde cannelée dans la fistule, on ramène le bec de la sonde au dehors et l'on incise au bistouri et au thermocautère. Une valve de Sims permet d'examiner la surface de la fistule et de rechercher les trajets secondaires et les diverticules qu'on incise. Toute cette surface est curettée ou cautérisée et pansée chaque jour. Mais le grand inconvénient, en plus de la longue durée du traitement, est l'incontinence des matières. Certains chirurgiens ne s'en préoccupent pas, car elle ne serait pas permanente et disparaîtrait après la cicatrisation ; cependant, on l'a vue durer très longtemps. C'est pourquoi, si la fistule ne remonte pas très haut, si la plaie est simple sans diverticules, on peut tenter l'excision suivie de suture de la plaie ; on peut ainsi obtenir la réunion sans incontinence : mais, l'excision est difficile, impossible même dans les fistules remontant très haut et poussant des sortes de prolongements dans divers sens.

Digitized by Google

c) On peut encore tenter l'*extirpation* comme dans les fistules superficielles, mais ici l'opération est plus difficile ; pour quelques auteurs, ce serait la méthode de choix. On introduit la sonde cannelée qu'on va faire ressortir par l'orifice interne, et au moyen du bistouri et des ciseaux on dissèque autour d'elle la fistule et les tissus indurés périphériques, de la peau jusqu'au rectum. Dans la variété intra-sphinctérienne on sectionne forcément quelques fibres du sphincter, tandis qu'on les respecte dans la variété sus-sphinctérienne. Après l'extirpation on a une large plaie avec un orifice dans le rectum. Cet orifice est suturé au catgut, puis un nouvel étage de sutures au catgut réunit les fibres du sphincter et les tissus voisins, quelques crins réunissent les lèvres cutanées. Dans la fistule extra-sphinctérienne il est inutile de compléter la fistule, on évite ainsi la perforation du rectum.

Cette méthode est séduisante, mais elle n'est pas applicable dans les fistules remontant très haut, avec diverticules multiples, ce qui est assez fréquent dans ces fistules profondes. Mêmes soins et mêmes pansements que précédemment.

En résumé, dans les fistules profondes, on essayera d'abord les moyens simples, injections, cautérisations, incision avec conservation du sphincter ; s'il échouent, on aura le choix entre l'incision avec section du sphincter suivie d'excision et l'extirpation; les deux méthodes ont chacune leurs indications.

Nous passons sous silence les fistules pelvi-rectales supérieures ; elles sont très rares et très différentes des précédentes.

Nous avons eu en vue les fistules inflammatoires, le traitement sera-t-il le même pour les fistules tuberculeuses ? Cela ne fait pas de doute ; on a tout intérêt à supprimer un foyer bacillaire qui suppure et affaiblit l'organisme; mais, chez les tuberculeux avancés, on aura recours aux opérations les plus simples.

A cause de la fréquence de l'origine tuberculeuse des fistules anales, il sera utile, une fois la guérison obtenue, de traiter l'état général; on conseillera le séjour à la campagne, au bord de la mer, on donnera un régime reconstituant et une médication tonique, car il est avéré que cette tuberculose locale peut précéder d'assez loin la tuberculose pulmonaire ; si celle-ci est déclarée elle sera traitée par les moyens ordinaires. — Henri Milhiet, *interne des hôpitaux*.

HYGIÈNE

L'hygiène thérapeutique des affections du cœur aux stations thermales et principalement à Bourbon-Lancy. — A la période de compensation des affections du cœur, qu'elles soient valvulaires ou artérielles, quand il n'existe qu'une « lésion » et qu'il n'y a pas encore de « maladie de cœur », l'hygiène alimentaire et l'hygiène thérapeutique suffisent pour permettre le plus longtemps possible l'adaptation de l'organisme à la lésion et retarder l'apparition de l'insuffisance cardiaque. Quand celle ci devient imminente, les agents physiques peuvent encore régulariser les circulations locales, enrayer les accidents hyposystoliques, faire disparaître promptement l'œdème péri-malléolaire, la congestion hépatique, la congestion pulmonaire et élever le taux des urines. Ils agissent donc dans le même sens que la digitale, mais d'une manière différente; ils soulagent le cœur pour le fortifier (Huchard). Ils sont utiles, au début des cardiopathies, pour éviter l'abus des médicaments cardiaques, dont les effets si merveilleux pour être constants ont besoin d'être ménagés.

Les effets de cette méthode thérapeutique sont indiscutables : non seulement son action se porte sur les troubles fonctionnels de la maladie, mais encore sur l'état de nutrition générale du sujet. Au lieu de condamner des cardiaques au repos absolu, il est possible par le massage et les mouvements de mécanothérapie de leur doser le mouvement, sans exciter le cœur, en le soulageant au contraire. L'état général devient meilleur, les échanges se font mieux, les oxydations sont plus actives comme le prouvent les analyses d'urines faites au début et à la fin du traitement.

Le traitement que nous prescrivons à Bourbon-Lancy consiste dans l'association de la balnéation, bains et douches sous-marines, de la boisson et des pratiques de massage et de mécanothérapie. Le bain, suivi de douche sous-marine qui est « un véritable massage sous l'eau » a pour résultat habituel d'abaisser la pression artérielle par réaction vasodilatatrice, de régulariser le pouls, à la longue de diminuer sa fréquence, de le rendre plus ample, plus dépressible, moins serré et moins cordé chez les artériels. L'Eau de la Reine en boisson, au bout de quelques jours, en même temps qu'elle augmente la diurèse provoque une élimination constante d'acide urique et d'urate de soude chez les goutteux et les rhumatisants. Le massage, les mouvements méthodiques de gymnastique manuelle et de mécanothérapie, très progressivement prescrits, ont pour effet de régulariser les circulations périphériques, ou de les activer quand elles sont languissantes, de faire cesser la pâleur des téguments et les troubles engendrés par l'angiospasme, de faire disparaître promptement les congestions viscérales, d'augmenter la diurèse surtout par le massage abdominal, de combattre la constipation et l'atonie gastro-intestinale. La station

Digitized by Google

de Bourbon-Lancy (en France), est très bien organisée pour l'exécution de ce traitement. De plus, sa situation dans une vallée abritée de toutes parts, loin d'établissements industriels qui puissent compromettre la pureté de l'air, le sol perméable en empêchant l'humidité qui est un danger permanent pour les rhumatisants cardiaques, la température chaude, mais constante, sans variations brusques le soir, sont autant de conditions favorables. L'absence de distractions trop bruyantes, la facilité des promenades en pleine campagne, les promenades à pied dans l'après midi sur une route en pente douce permettent aux malades de goûter un calme absolu et de faire surtout, comme le dit M. Huchard, « une cure de repos ». L'altitude peu élevée (240 mètres) qui contribue à elle seule à diminuer déjà les résistances périphériques, le climat sédatif sont encore, avec l'observance d'une hygiène alimentaire appropriée, rendue facile par le régime spécial qu'on trouve dans les hôtels, des facteurs importants de l'amélioration des malades.

Les trois indications principales sont les suivantes :

1° Les cardiopathies de l'enfance et de l'adolescence, cinq ou six mois après la cessation des douleurs ou même dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, alors que le sujet est anémié, affaibli, atrophié dans son système musculaire, qu'il a un pouls rapide et mal frappé, un myocarde qui a besoin d'être tonifié;

2° Les cardiopathies en imminence de décompensation quand la dyspnée d'effort augmente, quand survient par intermittence de l'œdème péri-malléolaire, de la congestion du foie, de l'oligurie et quelques râles aux bases des poumons;

3° Les cardiopathies artérielles à la période d'hypertension avec retentissement diastolique au niveau du foyer aortique, lorsque les malades commencent à avoir de la dyspnée d'effort, de la dyspnée nocturne annonçant un léger degré d'insuffisance rénale, des troubles circulatoires périphériques par angiospasme. — A. Piatot, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

ACTUALITÉS

Concours d'agrégation. — L'année dernière, dans le *Nouveau Montpellier médical*, le professeur Grasset émettait le vœu que la durée des fonctions d'agrégé en médecine fût portée de 9 à 12 ans. A ce point de vue, nous sommes de son avis. Mais il faudrait procéder suivant un ordre bien déterminé, et il y a lieu de craindre que notre distingué collègue ait proposé, sans le vouloir, d'atteler la charrue avant les bœufs. Car, l'opinion presque **unanime** est celle-ci : le concours de l'agrégation devrait être considérablement modifié, nous n'avons pas dit « supprimé » ; on ne supprime pas ce qui n'existe plus. Ceci, tout le monde l'a pensé, même avant l'ouverture de ce toujours regrettable concours.

Il faudrait que la nomination des agrégés ne fût pas transformée en simple élection, qu'elle ne fût toujours subordonnée aux noms mêmes des juges, qu'elle ne pût être annoncée à l'avance d'après la composition du jury ; il faudrait, en un mot, qu'on arrivât à ce concours autrement que par..., un concours de circonstances. Quand la nomination des agrégés sera établie sur d'autres bases, quand cette réforme, indispensable en raison du mode de recrutement professoral, sera un fait accompli, tout le monde partagera l'avis du professeur Grasset, avec cette restriction que le nombre des agrégés devra être diminué, puisque les chaires de pathologie interne et externe, de thérapeutique théorique, etc., sont absolument inutiles, et que la pratique de la médecine ne s'apprend que dans les hôpitaux, comme le démontrent, d'une part l'affluence des auditeurs dans les cliniques hospitalières, et d'autre part leur rareté et même leur absence aux cours de nos Facultés. — H. H.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales *(Clinique et thérapeutique)*, par H. Huchard, de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker, président de la Société de thérapeutique. — Un vol. in-8° de 540 pages. 2e édition, Paris, février 1901. J.-B. Baillière, éditeur: 8 francs.

Le directeur du *Journal des Praticiens*, auteur de ce livre, nous permet seulement de le présenter aux lecteurs en nous abstenant de tout éloge. Mais il ne peut nous empêcher de dire que cet éloge est déjà contenu dans le considérable succès que ces « consultations médicales » ont obtenu. Publié à un grand nombre d'exemplaires en août 1900, le volume était complètement épuisé la même année, moins de quatre mois plus tard ! Ce succès, presque sans précédent, prouve que les praticiens de tous les pays s'intéressent à la thérapeutique *expliquée* et qu'ils veulent savoir « pour agir, non pour discourir », comme dit l'auteur. Nous n'avons le droit que d'ajouter ceci : Cette seconde édition a été, non seulement augmentée, mais très modifiée dans un grand nombre des 53 consultations cliniques et thérapeutiques dont se compose ce volume, indispensable pour les praticiens. — C. P.

La chirurgie du foie, par Schwartz, agrégé, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. Doin, éditeur, Paris, février 1901. *(Ce livre, très important pour les praticiens, sera analysé dans le prochain numéro).*

Sociétés Savantes

L'abondance des matières nous oblige à remettre le compte rendu des Sociétés Savantes *au prochain numéro.*

N. D. L. R.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Le pleuro-typhus et les pleurésies typhiques

Par Paul REMLINGER,
Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople

Avant l'ère bactériologique, différents auteurs avaient signalé chez des dothiénentériques l'existence de pleurésies. Il semble toutefois que la relation entre l'inflammation de la séreuse et la maladie générale leur ait échappé; aussi, peut-on dire que la notion des pleurésies typhiques date de la découverte du bacille d'Eberth... Valentini (1889), Loriga et Pensuti (1890), Mya et Belfanti (1890), paraissent avoir observé les premières véritables pleurésies typhiques. En France, il faut citer les observations de Charrin et Roger (1891), de Fernet, de Kelsch, de Besson, d'Achard ; celles toutes récentes de Souques, Lesné et Ravaut, de Widal, de Siredey, de Galliard. Mentionnons encore à l'étranger les travaux de Dineur, de Weintrand, de Jemma. Un grand nombre de ces faits se trouvent mentionnés dans la thèse de Labiche (Paris 1899), inspirée par M. Achard. Sur 1055 typhiques que nous avons soignés à Tunis, à l'hôpital du Belvédère, du 1er janvier 1897 au 1er juillet 1900, nous avons eu l'occasion d'observer 7 pleurésies à bacilles d'Eberth. Ces observations portent à 35 le nombre de celles dont on trouve trace dans la littérature médicale. Tous ces faits se répartissent très facilement en quatre groupes que nous allons étudier successivement.

I

On sait qu'une pneumonie est parfois la première manifestation clinique d'une fièvre typhoïde. C'est le *pneumo-typhus* trop connu pour que nous insistions (1). Dans deux observations de Talamon (auxquelles manque malheureusement le contrôle bactériologique), dans une observation de Fernet plus complète et à peu près inattaquable, la dothiérenthérie a débuté par une pleurésie. C'est le *pleuro-typhus*. Le syndrome décrit par Talamon et par Fernet est bien réel; nous avons eu l'occasion de l'observer chez quatre de nos malades (2). Il constitue une entité morbide bien spéciale dont nous allons essayer de retracer la physionomie.

Le début est en général brusque. Le malade est pris subitement d'une douleur en forme de point de côté s'étendant à toute une moitié de la poitrine, de toux et de dyspnée. La pleurésie domine nettement la scène morbide et c'est avec le diagnostic de pleurésie que ces malades sont envoyés à l'hôpital. Ce diagnostic paraît tout d'abord devoir se confirmer. Mais bientôt le malade accuse de la céphalée, des vertiges, de l'insomnie, des bourdonnement d'oreille, une courbature généralisée. La langue est chargée, blanche au centre, rouge sur les bords ; l'anorexie est absolue; une diarrhée jaune, ocreuse, s'installe. La température forme un plateau entre 39 et 40. On est tout surpris de la coexistence avec un épanchement très peu abondant le plus souvent, de ces phénomènes généraux, de ces symptômes digestifs et nerveux... Une épistaxis ou l'apparition de taches suspectes mettent enfin sur la voie du diagnostic, bientôt confirmé par la bactériologie. L'épreuve de Widal est positive. L'ensemencement du liquide pleural fournit une culture pure de bacilles d'Eberth.

La pleurésie ne précède pas toujours aussi nettement l'apparition des premiers symptômes typhiques. Il arrive que la symptomatologie soit mixte dès le début. La maladie commence alors insidieusement par de la diminution des forces et de l'appétit, par des épistaxis, une courbature généralisée, *beaucoup plus accentuée d'un côté de la poitrine*. Les malades éprouvent de ce côté une sensation de lassitude, de brisure tout à fait spéciale. Ils toussent peu; ils ont peu de dyspnée; ce sont ces phénomènes généraux qui les déterminent à venir consulter le médecin. Celui-ci constatant à la fois tous les signes d'un épanchement pleurétique et d'une dothiénentérie ne serait pas peu embarrassé si la bactériologie ne lui venait en aide. Il serait tenté de penser à de la tuberculose, peut-être à une granulie à forme pleurale et il porterait un pronostic sévère, alors que le pleuro-typhus (c'est une des principales caractéristiques du syndrome) doit être considéré comme essentiellement bénin. Les sept cas connus se sont terminés par guérison. Celle ci a toujours été obtenue très simplement. Il n'a jamais été nécessaire de recourir à la thoracentèse. Bien plus, la *restitutio ad integrum* a toujours été complète ; l'épanchement n'a jamais laissé à sa suite, comme les pleurésies tuberculeuses ou *a frigore*, de sub-matité, de diminution de la respiration ou des vibrations, de déformations thoraciques.

Chez deux de nos malades, les symptômes typhiques étaient si atténués que la qualification de fièvre typhoïde a paru un peu forcée... Chez eux, la pleurésie nous a semblé associée à un de ces embarras gastriques fébriles dont la bactériologie (Widal) a démontré récemment la nature éberthique pressentie depuis longtemps par l'épidémiologie (Kelsch-Vaillard). A côté du pleuro-typhus, on pourrait ainsi décrire le « pleuro-embarras gastrique ». Il est superflu

(1) Nous avons eu l'occasion de recueillir l'observation de deux typhiques chez qui le début de la maladie fut marqué par une bronchite intense et généralisée qui, d'autre part, domina la scène morbide pendant toute la durée de l'affection. C'est ce que, par analogie, on pourrait appeler le broncho typhus.

(2) Ces observations ont été publiées in-extenso dans la *Revue de médecine* (n° du 10 décembre 1900).

Digitized by Google

de faire remarquer à quelles difficultés le diagnostic de ces cas se heurterait si l'on n'avait à sa disposition l'épreuve de Widal. Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse serait forcément porté.

Existe-t-il un rapport entre la bénignité du pleuro-typhus et l'existence de l'épanchement? On sait (Debove-Renault) que le liquide de pleurésie à bacille de Koch renferme une tuberculine qui, peu à peu résorbée est un facteur d'atténuation de la bacillose. Se passe-t-il quelque chose d'analogue dans les cas de pleuro-typhus? La chose est possible; mais la fabrication par le bacille d'Eberth d'une anti-toxine dans les épanchements pleuraux n'est encore qu'une simple hypothèse.

Un autre point intéressant serait de savoir si le pleuro-typhus résulte d'une localisation primitive du bacille d'Eberth sur la plèvre ou si, au contraire, la localisation pleurale n'est primitive qu'en apparence et résulte en réalité d'un transfert de bacilles venus de l'intestin, de la rate ou des ganglions mésentériques, les symptômes typhiques étant — pour une raison mal connue — demeurés latents jusqu'après l'apparition de la pleurésie. Ici encore, on en est réduit, en l'absence complète d'autopsie, à de pures hypothèses.

II

Un deuxième groupe de faits comprend des pleurésies causées par le bacille d'Eberth comme celles du groupe précédent, mais au lieu de marquer le début de la dothiénentérie, elles apparaissent au cours même de la maladie ou pendant la convalescence, et loin de comporter un pronostic bénin, elles constituent une complication redoutable. Ce sont les pleurésies typhiques proprement dites. Elles débutent parfois avant le vingtième jour : au douzième (2 obs.); au quinzième (3 obs.); au dix-neuvième (2 obs.). Mais le plus souvent c'est au déclin de la maladie qu'elles se manifestent, et parfois même en pleine convalescence, après 20, 30 jours d'apyrexie. Leur installation est rarement marquée par un point de côté, par de la toux, par de la dyspnée. La maladie débute et évolue insidieusement, sans douleur, sans gêne respiratoire. On trouve signalé dans quelques observations qu'une bronchite intense ou une congestion très marquée des bases pulmonaires ont précédé l'apparition de l'épanchement, mais dans d'autres cas, la pleurésie s'est montrée absolument indépendante de toute lésion du voisinage. La pleurésie typhique demande toujours, pour être trouvée, à être recherchée avec grand soin. Généralement, c'est l'irrégularité de la courbe thermique, la durée anormale de la fièvre ou encore l'état général défectueux qui attirent l'attention sur la possibilité d'une complication. On procède à un examen complet du malade; on est tout surpris de constater la présence d'un épanchement, et fort embarrassé pour assigner une date à son apparition. Une particularité curieuse de ces pleurésies est leur prédilection pour le côté gauche. 19 observations se répartissent en :

Pleurésies gauches	.....	11 cas
— droites	.....	5 cas
— bilatérales	....	3 cas

On a voulu voir là (Labiche) l'influence du voisinage de la rate, grand réceptacle, comme on sait, de bacilles d'Eberth. Cette explication paraît bien hypothétique.

Le liquide des pleurésies typhiques peut être séreux, hémorrhagique ou purulent. Parfois séreux ou hémorrhagique au début, il devient purulent par la suite. Le plus souvent, l'épanchement est purulent d'emblée. Plus on s'éloigne du début de la dothiénentérie et plus on court le risque de trouver du pus. Cette donnée mise à part, la nature de l'épanchement est très difficile à diagnostiquer. La courbe thermique constitue une mauvaise base d'appréciation, la pleurésie purulente pouvant s'accompagner d'une élévation tout à fait minime de la température et la pleurésie séreuse coïncider avec de grandes oscillations. Le seul moyen d'assurer le diagnostic est de recourir à la ponction.

Bien différent de l'épanchement du pleuro-typhus, le liquide des pleurésies typhiques proprement dites offre à la résorption, qu'il soit séreux ou purulent, une résistance considérable. Les observations mentionnent des durées de soixante-quinze à quatre-vingts jours et davantage.

19 observations fournissent 14 guérisons et 5 morts. Le pronostic doit donc être tenu pour sérieux... La thoracentèse d'urgence n'a jamais été appliquée aux épanchements séreux. Leur volume est toujours peu considérable. On peut, par contre, être amené à pratiquer des ponctions dans un but thérapeutique lorsque la résorption spontanée du liquide se fait trop attendre. Ces ponctions suffisent dans certains cas (Galliard) à amener la guérison des épanchements purulents; les injections de naphtol camphré possèdent aussi à leur actif quelques succès. Il paraît indiqué de recourir à ces procédés avant de pratiquer la thoracotomie. La bactériologie nous fournit l'application de ces heureux résultats. Le bacille d'Eberth a une grande tendance à disparaître des épanchements pleurétiques. Dans cinq cas de pleurésie séreuse, rapportés par Jemma, le liquide fertile aux premières ponctions a plus tard été trouvé stérile. Le même fait a été observé dans trois cas de pleurésie purulente (Besson).

III

Un 3e groupe de faits comprend des pleurésies qui apparaissent également au cours ou pendant la con-

Digitized by Google

valescence de la dothiénentérie, mais qui, au lieu d'être causées par le bacille d'Eberth, sont dues à un microbe d'infection secondaire, au streptocoque et au staphylocoque, le plus souvent. Ces pleurésies sont rares. L'assertion souvent reproduite que la plupart des pleurésies observées au cours de la fièvre typhoïde sont dues à ces microbes étrangers auxquels le bacille d'Eberth a facilité les voies est pleinement contredite par les faits. Cliniquement, ces pleurésies ont les plus grandes analogies avec celles du groupe précédent.

Comme ces dernières, elles peuvent être séreuses, hémorrhagiques ou purulentes et elles entraînent un pronostic très sérieux. Au point de vue thérapeutique, la constatation du staphylocoque et du streptocoque dans l'épanchement purulent d'un typhique a pour corollaire la thoracotomie immédiate. On ne saurait compter, en effet, comme dans le cas du bacille d'Eberth, sur la disparition spontanée de la virulence, puis de la vitalité du microorganisme.

De même qu'on peut voir au cours de la dothiénentérie des pleurésies dues à un microbe étranger, de même la pleurésie causée par le bacille d'Eberth résulte parfois d'une infection secondaire au cours d'une autre maladie. Le quatrième groupe de pleurésies typhiques, s'il est de beaucoup le moins nombreux, n'est pas le moins intéressant. MM. Charrin et Roger, d'une part, M. Kelsch, d'autre part, ont publié l'observation de deux malades atteints de tuberculose aiguë et chez lesquels se déclara dans les derniers jours de la vie une pleurésie gauche à liquide hémorrhagique. L'examen bactériologique de ce liquide révéla l'existence du bacille d'Eberth à l'état pur dans le cas de M. Charrin, l'existence du bacille d'Eberth uni au bacille de Koch chez le malade de M. Kelsch. L'autopsie dénota chaque fois l'absence complète de fièvre typhoïde et l'existence de la seule tuberculose. Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucune observation qui pût être rapprochée des précédentes. Nous n'en avons nous-même rencontré aucune. Mais la rareté de ces faits ne tiendrait-elle pas à ce qu'ils sont peu recherchés? Le bacille d'Eberth, hôte normal de notre intestin, comme nous l'avons démontré, ne profite-t-il pas plus souvent qu'on ne croit pour pulluler au niveau de la plèvre de la proie facile qu'offre un cachectique, un tuberculeux, par exemple? Lorsqu'une pleurésie survient à la dernière période de la tuberculose ou d'une affection cachectisante quelconque, on songe peu d'ordinaire à en faire l'examen bactériologique. On suppose qu'elle est exercée ou par le microbe même de l'affection ou par un microbe d'association vulgaire : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque. Les deux observations que nous venons de résumer montrent qu'il n'en est pas nécessairement ainsi. La bactériologie des pleurésies ultimes des tuberculeux, des cancéreux, des cachectisés de toute nature, offrirait peut-être des surprises intéressantes. Le point particulier de l'histoire des pleurésies à bacilles d'Eberth appelle, comme on le voit, de nouvelles recherches.

IV

En résumé, les pleurésies qui apparaissent au cours de la dothiénentérie sont presque toujours causées par le bacille d'Eberth. Les pleurésies dues aux microbes d'infection secondaire sont l'exception. Une entité morbide bien distincte est constituée par une pleurésie séreuse précédant une fièvre typhoïde bénigne, parfois même une fièvre typhoïde atténuée au point de constituer un simple embarras gastrique. C'est le pleuro-typhus ou le pleuro-embarras gastrique à bacilles d'Eberth.

Les pleurésies qui apparaissent au cours même de la fièvre typhoïde sont d'un pronostic plus sérieux. Elles peuvent être séreuses, hémorrhagiques ou purulentes. Le pronostic dépend surtout de la purulence de l'épanchement et celle-ci est en rapport avec la chronologie de la complication. Les particularités les plus intéressantes de ces pleurésies sont leur prédominance à gauche, la lenteur, la subacuité de leur évolution et la tendance du liquide à devenir stérile par atténuation de la virulence, puis par disparition du bacille d'Eberth.

Enfin, une classe fort intéressante de pleurésies à bacilles typhiques est constituée par les cas où cette pleurésie résulte d'une infection secondaire ou cause d'une autre affection, tuberculose dans les deux cas publiés.

TOXICOLOGIE

Sept cas d'intoxication par une teinture à base d'aniline servant à noircir des chaussures

Par Laurent et Guillemin

L'observation dont il s'agit ici a trait à six enfants qui furent pris brusquement, en pleine santé, de symptômes graves que MM. Laurent et Guillemin ont pu attribuer à une intoxication par l'aniline contenue dans une teinture ayant servi à noircir les chaussures que les enfants portaient le jour de l'accident. (*Bull. Soc. Méd. La Rochelle*).

M. Landouzy qui a publié des cas analogues (*Ac. méd.*) ne connaissait sans doute pas les cas de La Rochelle au sujet desquels MM. Laurent et Guillemin avaient conclu à une intoxication par l'aniline.

Voici, d'ailleurs, le texte de la communication de M. Laurent :

« Le 23 août 1899, je fus appelé d'urgence pour un enfant pris brusquement d'accidents graves.

Digitized by Google

Ne me trouvant pas chez moi, on courut chez plusieurs confrères, et lorsque j'arrivai, plus tard, je trouvai nos confrères Massé et Mabille occupés à prodiguer leurs soins à quatre enfants de la maison. Voici ce qui s'était passé :

L'enfant L..., âgée de 3 ans, se trouvant au casino avec ses frères et sœurs, avait été prise brusquement d'accidents caractérisés par de la pâleur livide de la face, la décoloration des téguments, la coloration des lèvres et des ongles en violet ardoisé, de la faiblesse générale avec résolution musculaire, de la dilatation de la pupille, puis la perte de connaissance.

Les assistants eurent l'impression immédiate que cette enfant allait mourir.

La bonne qui conduisait les enfants, affolée, mit la malade en voiture et la rapporta aussitôt chez elle.

Nos confrères, en présence de ces phénomènes insolites et constatant du ralentissement et de l'inégalité du pouls, avec arythmie des battements cardiaques se crurent tout d'abord en présence d'accidents cardiaques graves et firent une médication de symptômes : injections d'éther, de caféine, révulsion sur les membres inférieurs, potion à l'acétate d'ammoniaque.

Pendant qu'ils étaient occupés auprès de cette petite malade, on accourut les prévenir qu'une deuxième enfant N..., âgée de 4 ans, venait de tomber en présentant les mêmes symptômes que sa sœur. Vingt minutes plus tard, l'enfant W..., âgé de 5 ans, fut pris à son tour et on le trouva accroupi dans un coin de la chambre.

Lorsque j'arrivai, une quatrième enfant, âgée de 9 ans, D..., venait également d'être atteinte. Elle ne présenta d'abord que de la décoloration de la face et de la cyanose des lèvres. On voulut la faire coucher, mais elle s'y refusa en disant qu'elle n'était pas malade. Peu de temps après, elle fut prise de mal de tête avec vertiges, la pupille se dilata, la faiblesse générale s'accentua et elle dut se coucher. Les vertiges augmentèrent et il se produisit chez elle de la résolution musculaire avec perte de connaissance momentanée.

En présence de cette série d'accidents identiques, nos confrères abandonnèrent l'idée d'une affection organique, ainsi qu'ils l'avaient cru d'abord pour la première malade.

Ils recherchèrent si les ingesta pouvaient être incriminés, et admirent, faute d'autre explication plausible, la possibilité d'un empoisonnement par des moules mangées le matin.

Les premiers soins donnés, nos confrères se retirèrent en se tenant obligeamment à ma disposition et je restait seul auprès des malades jusqu'à 8 heures 1/2 du soir. La situation resta la même, malgré les injections d'éther, de caféine et la potion d'acétate d'ammoniaque. Les enfants restèrent dans la résolution musculaire. La décoloration des téguments et la teinte cyanosée des lèvres persistèrent. L'une des petites malades, N..., fut même prise d'accidents nerveux (soubresauts musculaires, agitation et persistance des vertiges).

Vers les 8 heures 1/2, je m'absentai un instant et lorsque je revins le soir, à 10 heures, les symptômes alarmants semblaient avoir diminué d'intensité.

Le pouls était meilleur, plus fréquent. Les battements du cœur étaient plus réguliers. Les troubles nerveux semblaient diminuer, mais la coloration des téguments et la cyanose des lèvres persistaient.

A ce moment, je remarquai que le fils aîné E..., âgé de 13 ans, qui venait de monter les deux étages en courant pour m'apporter quelque chose, était pris d'essoufflement. La face était livide, les lèvres violettes, les battements du cœur étaient irréguliers. Je m'empressai de le faire coucher et il eut quelques vertiges sans autres symptômes sèrieux.

Ne sachant pas encore à quels accidents j'avais affaire, je me demandais avec angoisse si tous les membres de la famille n'allaient pas être pris les uns après les autres, et je me trouvais dans l'état d'esprit de quelqu'un qui doit combattre un ennemi invisible qu'il ne connaît pas. Mes craintes augmentèrent, lorsque je constatai que la fille aînée C..., âgée de 14 ans, présentait la même décoloration des téguments avec coloration bleuâtre des lèvres. Un peu d'irrégularité du pouls, et ce fut tout ce que je constatai chez elle. Il est bon de noter, en passant, que ces deux aînés avaient pris un bain de mer dans la journée.

Quelle était la nature des accidents que nous venions d'observer ? Il fallait écarter, d'une façon absolue, l'idée d'une maladie à symptômes anormaux évoluant spontanément. La soudaineté des accidents, leur identité absolue, leur apparition brusque et simultanée chez six enfants vivant de la même existence, mangeant à la même table, imposaient l'idée de l'intoxication.

Les aliments du jour ne pouvaient être incriminés, car les repas composés de viande blanche (veau), de légumes et de moules. S'agissait-il d'une intoxication par les moules ? Je ne le pensai pas, car l'absence de fièvre, de troubles gastriques, de vomissements, d'érythèmes, l'aspect spécial des malades, me faisaient repousser cette idée. Il était inadmissible que, sur six malades pris en même temps, l'intoxication se soit manifestée par des symptômes aussi identiques dans leur anomalie. Nous aurions eu, au moins, de l'érythème chez les uns, des vomissements ou de la fièvre chez les autres. Il est à noter, d'ailleurs,

Digitized by Google

que les accidents occasionnés par les moules sont absolument rares à La Rochelle, pays de la culture.

Je fis donc, avec la mère de mes malades une enquête sérieuse à la cuisine. Je visitai la batterie, les casseroles, je m'assurai qu'aucune substance toxique n'avait été employée pour la préparation des aliments et je ne trouvai absolument aucun indice qui pût m'éclairer. Je terminai mes recherches en disant à Mme X...: « Vos enfants ont été victime d'une intoxication. Ils n'ont pas présenté les symptômes d'un empoisonnement par les moules, il s'agit donc de trouver une autre cause. »

Lorsque je revins le lendemin matin, de bonne heure, tous les symptômes inquiétants avaient disparu. Les enfants les plus jeunes étaient encore faibles, mais la peau avait repris sa coloration habituelle. Les fonctions du rein, supprimées momentanément, s'étaient rétablies, et les malades avaient bien uriné. L'analyse en fut faite par M. Guillemin pendant les trois jours qui suivirent, et nous en donnerons le résultat plus loin.

En me reconduisant, Mme X... me déclara qu'elle n'avait pas dormi de la nuit, en se disant que l'accident qui s'était produit pouvait se reproduire tant que la cause n'en aurait pas été trouvée. C'est dans cet état d'esprit qu'en descendant, le matin, elle avait eu son intention attirée par une tache noire existant sur une des marches de l'escalier. Elle se rappela que, le matin de l'accident, le cordonnier avait rapporté des chaussures *fraîchement noircies et encore humides* et qu'on les avaient déposées à l'endroit où elle venait de constater cette tâche. Elle me demanda s'il n'était pas trop absurde d'incriminer les chaussures qui avaient servi le jour même à ses enfants avant d'être complètement sèches.

Cette hypothèse me parut fort admissible, et je m'empressai d'entrer dans la voie que venait de m'ouvrir la perspicacité d'une mère intelligente.

La famille X... se composait de huit enfants (y compris un jeune cousin), du père et de la mère, et de deux parents de passage à La Rochelle.

Le service comprenait quatre domestiques, soit un total de 16 personnes.

Tout le monde mangea des moules, et il n'y eut pourtant que six enfants malades. Or, ces six enfants, âgés de 3 ans, 4 ans, 5 ans, 9 ans, 13 ans et 14 ans, avaient tous pris, pour sortir dans la journée, les chaussures qui avaient été rapportées le matin, fraîchement noircies et encore humides.

Une sœur, âgée de 12 ans, et le petit cousin, âgé de 8 ans, qui n'avaient pas porté de chaussures teintes, étaient restés indemnes. Aucune des grandes personnes ne fut atteinte.

N'ayant jamais observé de cas semblables, je ne pus être absolument affirmatif, mais je fus persuadé qu'il y avait des présomptions sérieuses en faveur de l'hypothèse exprimée par Mme X...

Je passai aussitôt chez le cordonnier auquel je racontai ce qui venait de se produire et qui, fort obligeamment, me promit de m'envoyer un échantillon de la teinture employée par lui. Je remarquai même avec surprise que la demoiselle de magasin, chargée spécialement de noircir les chaussures, présentait la même décoloration de la face (quoique à un moindre degré) que mes petits malades, et elle répondit à mes questions en me déclarant qu'elle se soignait depuis un an pour de l'anémie.

L'échantillon promis fut adressé par M. R... à notre collègue M. Guillemin et nous procédâmes à une première série d'expériences peu concluantes. Il les renouvela en les modifiant, et voici le résultat de ces expériences :

Analyse chimique. — Le vernis soumis à l'analyse est un liquide épais brillant, de couleur noire, à odeur aromatique désagréable caractéristique de l'aniline.

Une goutte versée sur un papier buvard ou sur du cuir s'étend assez rapidement. La matière noire reste à l'endroit où elle est tombée, tandis que le produit de consistance huileuse s'étend tout autour en tache d'huile.

Soluble dans l'alcool, l'éther et le sulfure de carbone.

Peu soluble dans l'eau, il se sépare en partie, sous forme de gouttelettes huileuses adhérentes au verre et à la peau. Colore en brun le bois de sapin. Chauffé au rouge, il se produit un dépôt abondant de charbon accompagné de dégagement ammoniacal perceptible.

Sa solution aqueuse précipite les sels ferreux et ferriques, les chlorures de platine, de mercure et d'étain.

Les hypochlorites donnent une teinte violacée qui passe insensiblement au rouge tournesol, sous l'influence des acides.

L'acide azotique concentré donne naissance à une coloration bleue assez intense.

Les recherches de plomb, de mercure et d'arsenic n'ont donné aucun résultat.

Expériences sur les cobayes. — *Inhalation.* — Un cobaye est placé dans un cristallisoir recouvert d'un entonnoir renversé, au fond duquel était placé un tampon de ouate hydrophile imbibé de 1 gramme de vernis.

Vingt minutes après, l'animal paraît triste, ne se déplace pas volontiers; peu à peu son poil devient mat, de brillant qu'il était précédemment.

Après deux heures de séjour, les tissus paraissent décolorés, légèrement livides.

Les phénomènes ne semblent pas s'accentuer par un séjour plus prolongé, même au bout de 10 heures.

Badigeonnage des pattes. — A 10 heures : Les quatre pattes d'un cobaye sont badigeonnées de vernis, puis enveloppées de gutta-percha, pour empêcher l'évaporation.

Digitized by Google

A 11 heures : Une heure après, l'animal chancelle, il a du vertige, les yeux sont vagues, les déplacements paresseux.

A 11 heures 1/2 : Une demi-heure après, commencement de paralysie de l'arrière-train.

A midi 1/4 : Chute momentanée de l'arrière-train. L'animal se relève, mais, quand il marche, les pattes de derrière ont de la difficulté à revenir se placer sous le corps.

A midi 40 : L'animal tombe définitivement sur le côté gauche ; les pattes de devant remuent bien, l'arrière-train est complètement paralysé, la respiration un peu saccadée.

A 3 heures : L'animal se relève tout d'un coup, la démarche est encore paresseuse.

A 4 heures : Tous les accidents sont passés.

Ingestion stomacale de 0 gr. 25 de vernis. — Une heure après, l'animal a une démarche hésitante, il chancelle, titube, les yeux sont vagues, le poil est mat et un peu hérissé. Les muqueuses sont décolorées.

Pendant quelques heures, l'animal reste blotti dans un coin.

Puis, tout d'un coup, il se remet à courir et à manger, les accidents ont disparu.

Injection sous-cutanée de deux gouttes de vernis. — Aucun phénomène appréciable n'a pu être observé.

A 10 heures : Injection de 1 cc. de vernis au niveau du péritoine, mais sous la peau.

A 10 heures 20 : Vingt minutes après, les muqueuses sont légèrement décolorées.

A 10 heures 40 : Refroidissement notable ; l'animal progresse avec hésitation, la tête oscille légèrement, l'arrière-train devient paresseux.

A 11 heures : L'animal continue à être froid, les muqueuses sont nettement décolorées, la paralysie de l'arrière-train est complète, l'animal tombe sur le côté gauche, la tête rejetée en arrière.

Tout le corps subit de grandes secousses qui précédemment ne se présentaient qu'à la partie arrière.

De la bave se présente aux lèvres qui deviennent légèrement ardoisées.

Les bruits forts et les secousses dont les vibrations parviennent à l'animal ne font qu'exagérer dans de fortes proportions les mouvements saccadés dont il est atteint.

La mort se produit à 7 heures du soir, accompagnée des mêmes phénomènes.

A l'autopsie, congestion du poumon.

Injection sous-cutanée d'aniline pure. — Un cobaye un peu moins gros que le précédent reçoit au même niveau 1 cc. d'huile d'aniline pure.

Les mêmes phénomènes identiques, dans leur succession et dans leur intensité, se produisent comme chez l'animal dont l'observation vient d'être donnée. La seule différence est la rapidité d'évolution.

Le poison agit avec une plus grande intensité à l'état pur qu'à l'état de mélange, comme dans le vernis.

C'est ainsi que la mort a lieu à 3 heures de l'après-midi.

A l'autopsie, congestion du poumon.

Conclusion : Intoxication par l'aniline.

Analyse des urines des enfants. — Les diverses analyses d'urines faites pendant les trois jours qui suivirent l'accident ont donné les résultats suivants :

Les urines de la petite L.. furent albumineuses (traces) le 1er jour. *Néant* les 2 autres jours.

N... traces le 1er jour. *Néant* les 2e et 3e jours.

W.. *Néant* pendant les 3 jours.

A... traces pendant les 3 jours.

E... traces pendant les 3 jours.

C... traces infinitésimales le 1er jour. *Néant* les 2 suivants.

La présence de l'aniline ne fut constatée dans l'urine d'aucun des enfants.

Je noterai, pour compléter cette observation, un fait qui m'a semblé intéressant. La jeune D... 9 ans, prise la quatrième, atteinte le 6 septembre 1899 (c'est-à-dire 12 jours plus tard) d'un zona très net, quoique relativement peu douloureux, siégeant à droite et au niveau de la région sous-hépatique et qui ne dura que 10 à 15 jours.

Y a-t-il lieu d'établir ici une relation de cause à effet ? Je ne puis l'affirmer; mais j'ai cru devoir vous signaler l'incident.

On peut retirer de ces observations les enseignements suivants :

Les teintures à base d'aniline servant à noircir les chaussures offrent des dangers sérieux d'intoxication. Il est indispensable d'attendre que l'évaporation de l'aniline soit complète, et que les chaussures noircies avec ces teintures soient sèches depuis plusieurs jours avant d'être portées. Dans tous les cas que nous avons observés, il s'agissait, en effet, de chaussures récemment noircies et encore humides au moment où l'on s'en servait.

Il y a lieu de remarquer que les enfants qui font l'objet de notre communication, furent tous malades d'une façon identique, mais que les accidents se produisirent chez eux d'autant plus promptement qu'ils étaient plus jeunes. Ils furent atteints dans l'ordre de leur âge, ce qui semblerait indiquer que plus un enfant est jeune, plus il est susceptible d'être intoxiqué par l'aniline.

Chez tous les enfants observés par nous, les phénomènes d'intoxication se sont produits dans un ordre invariable. Au début, pâleur de la face, décoloration des téguments, coloration des lèvres et des ongles en violet ardoisé, puis dilatation de la pupille, mal de tête avec vertiges, faiblesse musculaire allant jusqu'à la résolution complète, paraplégie passagère comme nous l'avons constaté chez le jeune E..., trouvé accroupi dans un coin, et sur un des cobayes en expérience qui ne se traînait qu'en se servant de

Digitized by Google

ses deux pattes de devant. Perte de connaissance et refroidissement général avec ralentissement du pouls et arythmie des battements du cœur. Les accidents nerveux s'accentuèrent chez deux de nos malades et nous pûmes constater des soubresauts, des secousses musculaires, de petits mouvements convulsifs.

Quelle que soit la gravité des phénomènes constatés, l'amélioration s'est produite rapidement et l'élimination du poison semblait être complète au bout de 1 à 3 jours, ainsi que peut en témoigner l'analyse des urines, légèrement et très passagèrement albumineuses.

J'ajouterai que la teinte spéciale des téguments, la lividité caractéristique de la face, la coloration bleu ardoise des lèvres et des ongles m'ont paru pathognomoniques. Je ne les ai rencontrées nulle part, chez aucun cyanosé, et il me semble (sans vouloir discuter ici les opinions émises au sujet de l'action de l'aniline sur le sang) que, si je constatais chez un enfant ces teintes absolument spéciales, que l'on ne peut oublier l'orsqu'on a eu l'occasion de les observer, je porterais immédiatement le diagnostic d'intoxication par l'aniline.

Pour compléter cette observation, je vous signalerai que dans le courant du mois de juillet 1899, c'est-à-dire un mois auparavant, je fus appelé pour voir l'enfant S..., âgée de 8 ans, qui avait été prise brusquement, en pleine santé, d'accidents identiques; faiblesse générale avec résolution musculaire et perte de connaissance; lividité de la face et cyanose des lèvres. Je ne pus venir que deux heures après le début des accidents qui me furent racontés et je ne pus constater que la coloration spéciale des téguments, la cyanose des lèvres et le refroidissement de la peau.

L'enfant avait repris connaissance et je ne pus faire de diagnostic précis. Peu de jours après l'accident survenu chez Mme X.., et qui s'ébruita rapidement en ville, Mme S... vint me trouver pour me dire que son enfant, en parfait état de santé, portait des chaussures récemment noircies et mal séchées le jour où elle fut prise des accidents pour lesquels j'avais été appelé.

Je pus alors m'expliquer les symptômes que j'avais constatés, et il me parut hors de doute que je m'étais trouvé en présence d'un accident analogue à ceux que je devais constater plus tard.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Ténon

Par M. le Dr Félix Lagrange, *de Bordeaux*.

Tous les chirurgiens savent qu'après l'énucléation, la prothèse donne des résultats presque toujours médiocres, et souvent mauvais, en ce sens que la difformité est insuffisamment palliée à cause du petit volume de la pièce artificielle. Jusqu'ici, on y a remédié en introduisant dans la sclérotique, après l'exérentation, un globe artificiel (opération de Mules), ou en mettant ce globe dans la capsule de Ténon (opération de Frost-Lang); cette dernière opération constitue l'hétéroplastie orbitaire. Elle a été réalisée à l'aide de divers procédés dont je n'entreprendrai pas de faire l'histoire.

Il me suffira de rappeler que Lang, en 1887, introduisit dans la capsule de Ténon, à la place de l'œil énucléé, un globe creux en verre, en celluloïd ou en argent.

Belt, modifiant cette opération, imagina d'implanter à la place de l'œil énucléé une sphère d'éponge d'un volume équivalent aux trois quarts du volume d'un œil ordinaire; il avait été dirigé vers cette opération par les expériences d'Hamilton, consistant à surveiller l'organisation d'éponges aseptiques. Bourgeois substitua aux éponges des pelotes faites d'un cordonnet de soie enroulé autour d'une boulette de catgut; il s'est encore servi de boules de bourres de soie, ou de ouate de tourbe enserrées par des fils de catgut.

Trousseau, après avoir essayé ces divers procédés, a surtout recommandé les sphères d'éponge, et Valude a rapporté quelques observations dans lesquelles cette méthode avait complètement réussi; mais, dans un travail publié dans les *Annales d'oculistique* (juillet 1899), il démontre que la pénétration des aréoles de l'éponge par un tissu vivant est suivie de la dégénérescence de ce tissu. L'inclusion orbitaire des globes inorganiques de métal ou de verre semble, au contraire, dit-il, réunir les conditions les plus favorables à la réussite de l'hétéroplastie, Wolf (de Berlin) conclut de même à l'inclusion dans la capsule de Tenon de sphères solides, et dans le cas où l'orbite a été évidé, cet auteur va jusqu'à conseiller, pour remplir cette cavité, l'emploi de sphères à prolongements coniques ou arrondis.

Depuis longtemps je m'occupe, comme mes collègues, de trouver un moyen d'*hétéroplastie orbitaire* capable de remédier à la difformité qu'entraîne l'énucléation, mais au lieu d'introduire dans la capsule de Ténon des corps étrangers dont j'ai toujours redouté l'action irritante, je me suis appliqué à greffer un tissu vivant capable de contracter avec la capsule une union intime, physiologique, définitive. J'ai d'abord songé à greffer un os vivant, une tête de fémur; je n'ai pas obtenu de résultat; la tête osseuse s'est éliminée en masse ou résorbée progressivement, et il en a été de même pour les fragments osseux décalcifiés que j'ai utilisés ensuite.

En présence de ces insuccès, je me suis rappelé les

Digitized by Google

tentatives faites par quelques oculistes, notamment par Chibret (de Clermont-Ferrand), pour greffer un œil d'animal vivant dans le but de lui faire remplir, au point de vue plastique, l'office d'un œil normal. Ces tentatives ont échoué parce que la cornée découverte et mal nourrie ne tardait pas à se perforer et l'œil à se vider. J'ai pensé qu'en enfouissant l'œil tout entier dans la capsule de Ténon et en suturant, au-devant de lui, les muscles d'abord, la conjonctive ensuite, cet œil, ainsi complètement entouré, prendrait racine, vivrait et vaudrait beaucoup mieux pour la prothèse qu'un globe d'argent ou une sphère d'éponge.

Mon attente n'a pas été trompée; j'ai fait quatre fois cette opération, j'ai échoué complètement une fois parce que j'ai eu le tort de mettre un globe trop gros, et que peut-être aussi j'ai fait quelque faute involontaire contre l'asepsie. Mes opérations, faites depuis longtemps, sont maintenant assez anciennes (6 mois et 4 mois) et permettent de se rendre compte du résultat définitif. Les voici dans leurs résultats essentiels :

Obs. I. — B..., dix-huit ans, reçoit sur l'œil gauche, le 20 juin 1900, un violent traumatisme entraînant une déchirure de la région ciliaire et une issue notable de corps vitré. Il n'est soigné utilement que quelques jours après, et lorsque je l'examine pour la première fois, le 10 août 1900, je constate la présence d'une irido-cyclite chronique, avec ramollissement du globe et perte complète de la vision. L'énucléation est faite le 21 août 1900, et immédiatement après l'opération, je procède à la greffe d'un œil de jeune lapin, c'est-à-dire d'un œil peu volumineux, rentrant facilement dans la capsule et au-devant duquel il est facile d'attirer les muscles deux à deux (droits interne et externe, droits supérieur et inférieur); la conjonctive est suturée par-dessus à points séparés. Il n'y a presque aucune réaction inflammatoire. La greffe a paru, dès les premiers jours, définitive; les fils placés sur les muscles ont été abandonnés et les fils conjonctivaux retirés seulement le dixième jour. Dans les premières semaines, l'œil transplanté s'est ramolli, a perdu un tiers de son volume, mais, depuis plusieurs mois, il reste stationnaire, et se prête admirablement à la prothèse. La coque artificielle qui le recouvre est très mobile, et remplit bien le creux sous-palpébral, en général si disgracieux.

Obs. II. — Nelson F... se présente à l'hôpital avec l'œil droit atrophié par suite d'un éclat de capsule reçu le 14 janvier 1900. L'œil est diminué de volume, hypotone, sans aucune perception lumineuse et un peu douloureux à la pression; l'énucléation est pratiquée le 19 octobre 1900. J'introduisis dans la capsule un œil de lapin de moyen volume. Il y eut une réaction insignifiante, comme dans la première observation, et, au bout de dix jours, je pus enlever les sutures et constater la réussite parfaite de la greffe. L'œil greffé diminua dans la suite un peu de volume, mais, depuis plusieurs mois, il reste stationnaire, et le résultat au point de vue de la prothèse est parfait. C'est celui que donne l'opération de Critchett qui, lorsqu'elle est possible, est, en effet, très recommandable.

Obs. III. — Gabriel D... trente-neuf ans, en travaillant reçoit dans l'œil droit un éclat de fer qui entraîne une panophtalmie pour laquelle je pratique l'énucléation le 22 octobre 1900; la panophtalmie est au début, mais il existe déjà un chemosis conjonctival considérable, et je fais pour ce malade des réserves au point de vue de la greffe, car l'infection dont il est atteint est évidemment une circonstance très défavorable. Comme pour le premier malade, je mets en œuvre une antisepsie très attentive, et je greffe un œil de lapin jeune, de moyen volume. Cette greffe entraîne une assez vive réaction qui s'explique bien par les conditions où se trouvait le patient. Mais, au bout de douze jours, tout est rentré dans l'ordre; les points de suture ont parfaitement tenu, et la greffe est solide. Comme pour le premier malade, l'œil greffé diminue de volume, se ramollit pendant les premières semaines; mais, depuis deux mois, il reste stationnaire, et le malade, revu ces jours-ci, est, pour la prothèse, dans des conditions extrêmement satisfaisantes.

Tels sont les trois faits heureux que je puis faire connaître; je dois y ajouter un fait malheureux. Une greffe que j'ai tentée en décembre dernier s'est terminée par la névrose de l'œil transplanté. J'explique cet insuccès par le volume trop considérable de l'œil que j'ai voulu utiliser, et peut-être par l'âge de l'animal, énorme vieux lapin, dont les tissus avaient moins de souplesse et de vitalité que ceux d'un animal jeune.

Pour mener à bonne fin la petite opération que je viens ici recommander, je crois qu'il faut se placer dans certaines conditions, et l'exécuter comme il suit :

1° En faisant l'énucléation de l'œil malade, il faut placer un fil dans chacun des muscles droits pour empêcher leur rétraction, et les avoir toujours sous la main;

2° Après l'énucléation, bien arrêter l'hémorrhagie qui se produit dans la capsule de Ténon; une irrigation d'eau glacée, l'eau oxygénée, le tamponnement prolongé un certain temps, permettront toujours d'atteindre ce résultat, *mais il est essentiel de l'obtenir;* un épanchement de sang autour de l'œil greffé peut en empêcher la réunion;

3° Choisir un œil de lapin de moyen ou de petit volume appartenant à un animal encore jeune, chez lequel on pratique l'énucléation avec une asepsie très soignée;

4° Introduire cet œil dans la capsule de Ténon, et au-devant de lui, suturer les muscles par paires avec des fils de soie fins ou de catgut; veiller à ce que les muscles soient bien étalés et non enroulés à la surface du globe transplanté;

5° Par-dessus les sutures musculaires qui ont pour résultat d'attirer au-devant de l'œil greffé la capsule de Ténon, on suture la conjonctive à points séparés assez rapprochés; quatre points seront habituellement nécessaires;

6° L'opération sera terminée par un pansement occlusif ordinaire et les fils conjonctivaux enlevés environ à la fin de la première semaine.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis pendant la grossesse.

Par M. Gaucher,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine
et Henry Bernard, *interne des hôpitaux.*

I.—Le pronostic de la grossesse chez les femmes syphilitiques est habituellement considéré comme très grave. Alors que l'expérience a montré l'efficacité presque constante de la médication antisyphilitique dans toutes les périodes et contre toutes les manifestations de la syphilis, cette médication, appliquée à la grossesse, n'a pas toujours donné des résultats suffisants, principalement chez les femmes en pleine activité syphilitique. Les statistiques montrent que le pronostic de la grossesse chez ces femmes, même traitées, est sévère : nombreux sont les cas d'avortements et d'accouchements prématurés, avec mort du fœtus ou mort de l'enfant dans les premiers jours qui suivent la naissance, et nombreux également, chez les enfants qui survivent, les cas d'accidents syphilitiques plus ou moins graves.

Ces insuccès doivent tenir à une administration défectueuse du traitement spécifique, car les observations que nous avons recueillies depuis plusieurs années, dans notre service d'hôpital et dans notre clientèle, semblent prouver que le pronostic de la syphilis fœtale n'est pas aussi grave qu'on le croit généralement, si le traitement antisyphilitique de la mère est institué *assez tôt*, s'il est *régulièrement suivi*, et si l'on emploie pour ce traitement une *préparation mercurielle* et un *mode d'administration* de cette préparation *assez actifs*.

En effet, à l'aide du traitement que nous avons l'habitude d'employer, et en suivant pour son application les règles dont nous donnerons le détail plus loin, non seulement nous avons amené les grossesses à terme, mais nous avons le plus souvent obtenu des enfants gros et bien portants, plus beaux certainement que bon nombre d'enfants qui ne sont pas syphilitiques.

Et cependant, les syphilis que nous avons eu à traiter étaient des syphilis graves; l'une d'elles même peut être qualifiée de syphilis maligne, car il s'agissait d'une femme qui, ayant contracté la syphilis trois ans avant sa grossesse, eut continuellement pendant ces trois années des accidents spécifiques : plaques muqueuses, syphilides cutanées de toutes sortes, névrite cubitale; au moment de la conception, elle était plus que jamais en pleine activité du virus, puisqu'elle était atteinte d'une syphilide faciale à tendance envahissante qui avait débuté trois mois auparavant et dura jusqu'au sixième mois de la grossesse. Malgré ces déplorables conditions, cette femme soumise dès le début et pendant toute la durée de sa grossesse au traitement antisyphilitique tel que nous allons l'exposer, mena sa grossesse à terme et accoucha d'un enfant en parfaite santé et sans stigmate aucun. Cet enfant a été suivi par nous depuis sa naissance, c'est-à-dire depuis quatre ans, et n'a jamais présenté aucun accident syphilitique.

Il en est de même, d'ailleurs, de tous les enfants que nous avons observés; la plupart d'entre eux ont été suivis pendant plusieurs années, sans qu'aucun accidents vînt rappeler leur origine syphilitique; ajoutons toutefois que nous les avons soumis, comme leur mère, à un traitement actif, consistant dans l'administration de la liqueur de Van Swieten, qui pour nous constitue la médication de choix dans la thérapeutique de la syphilis infantile (1). Tous ces enfants, d'ailleurs, ont été allaités par leur mère ; c'est là une condition essentielle pour la survie des nouveau-nés syphilitiques.

Dans les cas où le traitement n'est pas commencé assez tôt, c'est-à-dire dès le début de la grossesse, dans les cas surtout où il n'est commencé que dans les deux ou trois derniers mois, il n'est pas toujours assez efficace, si bien conduit qu'il soit, pour empêcher la mort du fœtus.

Cependant, quand la contamination syphiliitque de la mère n'a lieu qu'à la fin de la grossesse, le traitement spécifique, institué dès l'apparition des premiers accidents, peut prévenir l'infection du fœtus; nous avons vu, il y a deux ans, avec le Dr Alexandre, une femme mariée, dont le mari était d'ailleurs exempt de syphilis, contracter un chancre à la lèvre inférieure au huitième mois de sa grossesse; cette femme fut traitée immédiatement et sans interruption, jusqu'à son accouchement qui eut lieu à terme. L'enfant, bien qu'il n'ait subi aucun traitement depuis sa naissance, et qu'il ait été élevé au biberon, n'a présenté jusqu'à présent aucun accident, et est resté en parfaite santé.

II. *Choix de la préparation mercurielle à employer.* — La condition essentielle que doit remplir une médication antisyphilitique active est l'emploi d'une *préparation mercurielle* facilement absorbable. A ce titre, et pour d'autres raisons encore, les *sels solubles* nous paraissent devoir être employés à l'exclusion de toute autre préparation hydrargyrique. Parmi eux, et après en avoir successivement expéri-

(1) E. Gaucher. *Traitement de la syphilis*, p. 34.

Google

menté un grand nombre, nous donnons la préférence au *sublimé* pour l'usage interne, et au *benzoate de mercure* en solution alcaline pour la voie sous cutanée.

Le *sublimé* sera prescrit en pilules : afin de le rendre moins irritant pour le tube digestif, on lui associera l'extrait thébaïque, mais en proportion moindre que dans la formule de Dupuytren ; il est inutile, en effet, et il est peut être nuisible, surtout chez une femme enceinte d'administrer chaque jour 4 centigrammes d'extrait d'opium. Les pilules de sublimé que nous prescrivons sont ainsi formulées :

Bichlorure d'hydrargyre	àà 0 gr. 01
Extrait thébaïque	
Poudre de savon médicinal...	àà Q. S.
Glycérine.....	

Pour une pilule.

Les pilules préparées avec cet excipient ont l'avantage de rester molles et d'être parfaitement absorbables. Deux de ces pilules chaque jour, une à chacun des deux principaux repas, constituent une médication mercurielle soluble et active.

Quant au *benzoate de mercure*, qui a été préconisé d'abord par Stoukowenkof et que nous employons depuis plusieurs années, comme préparation de choix pour les injections sous-cutanées, nous le formulons ainsi :

Benzoate de mercure	0 gr. 60
— d'ammoniaque.....	3 grammes
— de cocaïne.....	0 gr. 15
Eau	60 centim. cubes

Le mode de dissolution du benzoate de mercure, par le benzoate d'ammoniaque appartient à M. Bretonneau. Il faut ajouter quelques gouttes d'ammoniaque à chaud, pour maintenir la dissolution parfaite du benzoate de mercure après refroidissement.

On obtient ainsi un benzoate triple de mercure, d'ammoniaque et de cocaïne, en solution parfaitement limpide, qui reste indéfiniment telle lorsqu'elle est bien préparée : c'est dire que le sel mercuriel y est à l'état de solubilité complète. Chaque centimètre cube de cette solution renferme un centigramme de benzoate de mercure; la dose journalière suffisante, dans la plupart des cas, est de deux centimètres cubes, représentant deux centigrammes de sel.

Dans quelques cas, lorsque pour des raisons spéciales un traitement journalier ne peut être institué, on devra préférer aux sels insolubles l'injection intramusculaire, hebdomadaire, de mercure métalliqua, sous forme d'*huile grise*, en quantité variable, suivant la formule employée. Mais encore une fois ce n'est là qu'un traitemeet d'exception et, bien que le mercure métallique, du fait de sa volatilité, ait moins d'inconvénients que les sels insolubles, il n'a pas non plus les avantages de saturation journalière et à petites doses que possèdent les sels solubles.

Quelle que soit la préparation mercurielle employée, on peut avantageusement associer l'iodure de potassium à la médication hydrargyrique, comme dans toutes les syphilis graves. Mais il faut bien savoir que l'iodure de potassium n'est qu'un médicament accessoire ; quand l'estomac le supporte difficilemant nous en faisons volontiers le sacrifice.

III. *Règles de l'administration du traitement* — L'emploi des sels mercuriels solubles ne constitue pas la seule indication du traitement antisyphilique pendant la grossesse. Le mode d'administration de ces sels est également d'une grande importance. Il faut en effet, *a priori*, choisir la voie la plus active, et celle ci est, sans contredit, la *voie sous-cutanée*, qui permet l'absorption intégrale et immédiate du médicament injecté.

Mais la voie sous-cutanée, si elle possède tous ces avantages, présente aussi quelques inconvénients, matériels pourrions nous dire, qui cependant n'en doivent pas moins entrer en ligne de compte ; tels sont la nécessité d'une injection journalière, la douleur locale déterminée par l'injection et la gêne consécutive qui peut en résulter, les indurations des tissus, qui sont produites fréquemment par les injections multipliées et qui sont elles-mêmes douloureuses.

C'est pour parer en partie à ces inconvénients que nous recourons à la *méthode des séries alternées d'injections sous-cutanées et de pilules*, sur laquelle nous allons revenir. Dans le même but également, nous ne pratiquons qu'une seule injection par jour; celle-ci devant être de deux centimètres cubes de la solution de benzoate que nous avons indiquée, pour éviter l'inconvénient de recharger la seringue, il est préférable de se servir d'une seringue de deux centimètres cubes. L'injection est faite dans les masses charnues de la fesse, profondément, afin d'éviter l'inflammation si facile et si pénible du tissu cellulaire superficiel. Enfin, la petite quantité de cocaïne, incorporée à la solution comme nous l'avons vu, suffit en général à assurer l'anesthésie locale du foyer d'injection.

Le traitement dont nous venons d'exposer les moyens, médicament et mode d'administration, doit encore, pour être efficace, remplir certaines conditions de durée sur lesquelles nous allons maintenant insister.

Et tout d'abord, il doit être commencé, comme on l'a déjà vu plus haut, *à une date aussi rapprochée que possible du début de la grossesse*, lorsque la syphilis est antérieure à la conception; aussitôt que possible après la contamination, losque celle-ci

Digitized by Google

est postérieure à la conception. Plus en effet le traitement est précoce, plus l'embryon, puis le fœtus, en ressentent pour eux-mêmes les effets prophylactiques ou curatifs ; nous ne connaissons pas de cas dans lesquels le traitement ainsi commencé, puis régulièrement continué, n'ait pas amené la grossesse à terme.

Commencé assez tôt, le traitement doit être continué *d'une façon ininterrompue pendant toute la durée de la grossesse*. Pour ce faire et ménager à la fois l'estomac et les tissus sous-cutanés, nous préconisons les séries alternées d'injections et de pilules ; mais comme la voie sous-cutanée constitue le mode d'administration le plus actif, les séries doivent être d'importance inégale, le nombre des injections devant toujours, autant que possible, dépasser le nombre des pilules. Bien qu'il soit difficile de fixer d'une manière absolue la durée de chaque série de traitement, cette durée variant essentiellement suivant les susceptibilités individuelles pour le mercure et, aussi, pour chacun de ses modes d'administration, nous pensons qu'on doit, autant que possible, se rapprocher des règles suivantes :

Injections de benzoate	**1 mois**
Pilules de sublimé	**15 ou 20 jours**
Repos	**10 ou 15 jours**

pour une période de deux mois, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la grossesse.

Nous n'insisterons pas sur les précautions à prendre pendant ce traitement, pour éviter l'intoxication hydrargyrique, pas plus que sur les divers accidents qui peuvent traduire cette intoxication : il n'y a là rien de spécial à la grossesse, rien par conséquent qui doive nous retenir. Nous ferons seulement observer que les femmes enceintes présentent ordinairement une tolérance remarquable pour le mercure.

IV. — *Traitement des syphilitiques albuminuriques.* — Il est cependant une question d'une grande importance, qui doit être étudiée avec quelques détails : c'est celle du traitement des femmes enceintes syphilitiques et albuminuriques.

L'albuminurie, chez les syphilitiques, peut être due à une *néphrite syphilitique* ou à une *néphrite gravidique*. Pratiquement, il est assez difficile de les distinguer l'une de l'autre. La grande quantité d'albumine est le plus souvent un signe de néphrite syphilitique ; l'étiologie syphilitique est, d'ailleurs, plus rare que l'étiologie gravidique. Mais ce sont là des indications générales qui souffrent de nombreuses exceptions.

Cliniquement, cette distinction n'a pas une grande importance, car, dans les deux cas, et quelle que soit l'étiologie de l'albuminurie, le traitement comporte les deux mêmes indications : *régime lacté* et *médication spécifique*. Le régime lacté n'admet aucune exception ; quant au traitement mercuriel, sa prescription et ses doses doivent être subordonnées au degré de la perméabilité rénale.

La grande quantité d'albumine n'est pas une contre-indication au traitement, car une néphrite épithéliale, accompagnée d'une albuminurie abondante, et particulièrement la néphrite syphilitique, peut exister avec une perméabilité suffisante. Il est au contraire des néphrites légèrement albumineuses dans lesquelles la perméabilité rénale est très diminuée : c'est le cas des néphrites interstitielles, et la néphrite gravidique, comme nous l'avons montré ailleurs (1), a une remarquable tendance à devenir interstitielle.

Il résulte des considérations précédentes qu'il faut trouver un autre critérium que la quantité d'albumine pour la décision thérapeutique à prendre. Ce critérium, c'est l'*état de la perméabilité rénale*, que l'on peut déterminer facilement, d'une part, par la recherche de la toxicité urinaire, d'autre part, par l'étude de l'élimination du mercure par le filtre rénal.

La recherche de la toxicité urinaire peut être faite par la détermination du coefficient urotoxique, au moyen du procedé classique de l'injection d'urine dans la veine marginale de l'oreille du lapin (Bouchard).

Quant à l'étude de l'élimination du mercure, le moyen le plus pratique de la réaliser consiste dans l'emploi de la *pile de Smithson*. Celle-ci se compose essentiellement d'une feuille d'or enroulée autour d'une lame ou d'une tige d'étain. Cette pile est plongée dans l'urine à examiner, qui doit être préalablement filtrée, et y est laissée pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on retire la pile ; si l'urine contient du mercure, celui ci s'est déposé sur la lame d'or, où il a déterminé l'apparition d'une tache blanche. Plusieurs procédés permettent de s'assurer que cette coloration est bieu due à du mercure ; le plus simple consiste à introduire la lame d'or dans un tube fermé à un bout ; on ferme l'autre bout du tube en l'étirant à la lampe, puis on chauffe le tube : le mercure se volatilise et vient se condenser dans la partie effilée du tube en très fines gouttelettes. Mais ces gouttelettes ne sont pas toujours facilement visibles : en ce cas, il suffit de laisser refroidir le tube, d'en casser une des extrémités et d'y introduire un petit fragment d'iode, pour voir apparaître, après qu'on a chauffé légèrement, la belle couleur rouge de l'iodure de mercure précipité sur les parois.

On peut encore traiter la feuille d'or par l'acide chlorhydrique, qui donne du chlorure de mercure :

(1) Gaucher et Sergent. De l'évolution de la néphrite gravidique, *Revue de médecine*, janvier 1901.

Digitized by Google

quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium font apparaître rapidement la coloration rouge caractéristique de l'iodure mercurique.

Si l'examen des urines ainsi pratiqué, au double point de vue de la toxicité urinaire et de l'élimination du mercure, montre que *la toxicité urinaire est très faible* et que *le mercure ne s'élimine pas*, il faut s'en tenir, d'abord, au régime lacté seul Puis, peu à peu, à mesure que les fonctions rénales se rétablissent et en prenant la précaution d'examiner fréquemment les urines, on peut donner du mercure à doses progressivement croissantes.

Nous commençons le traitement habituellement, chez les syphilitiques albuminuriques, par le tannate d'hydrargyre, bien que ce soit un sel insoluble, à la dose de deux, puis de quatre, puis de six, puis de dix centigrammes par jour, en pilules de deux centigrammes chacune. Si ces doses sont bien supportées, il faut arriver à une médication plus active et prescrire des injections de benzoate de mercure, à raison d'un demi-centigrame chaque jour, puis d'un centigramme.

Si au contraire *la toxicité urinaire est normale* ou à peu près, *si le mercure s'élimine* bien, le traitement spécifique peut et doit être utilisé de suite; mais la dose de mercure administrée doit être alors la moitié de la dose ordinaire, c'est à-dire, un centimètre cube de benzoate ou une pilule de sublimé par jour.

En surveillant la perméabilité rénale, on peut augmenter progressivement les doses de mercure, et arriver ainsi à la dose normale de deux centimètres cubes de benzoate ou deux pilules de sublimé.

En raison de la lésion rénale et de l'obstacle que cette lésion apporte à une médication active, il ne faut, d'ailleurs, pas se dissimuler que le pronostic de la grossesse, chez les syphilitiques albuminuriques, présente une gravité particulière. Cependant, nous venons de mener une grossesse à terme, dans ces conditions; l'enfant est né sans aucune lésion spécifique, en très bon état; il a été soumis immédiatement au traitement par la liqueur de Van Swieten, il est allaité par sa mère et tout fait prévoir qu'il survivra.

En résumé, nous pouvons tirer de ce travail les conclusions suivantes :

1° Le pronostic de la grossesse, chez les syphilitiques *bien traitées*, n'est pas aussi grave qu'on le croit généralement. Si le traitement spécifique est institué convenablement et assez tôt, s'il est d'une intensité suffisante, et s'il est suivi régulièrement, les femmes accouchent ordinairement à terme d'un enfant bien constitué et indemne de lésions spécifiques.

Cet enfant doit d'ailleurs être allaité par sa mère et traité après sa naissance, pour prévenir les accidents spécifiques ultérieurs.

2° Le traitement de la femme enceinte syphilitique doit consister dans des séries alternées et ininterrompues d'injections de benzoate de mercure et de pilules de sublimé, le nombre des injections dépassant généralement du double celui des pilules.

3° L'intensité du traitement spécifique chez les femmes enceintes, syphilitiques et albuminuriques, doit être subordonnée à l'état des fonctions rénales, déterminé par l'étude de la toxicité urinaire et par la recherche de l'élimination du mercure.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINARES

La ponction hypogastrique. — La ponction sus-pubienne a pour but de vider la vessie lorsque les voies naturelles ne sont pas perméables; c'est une opération de nécessité dont les indications se sont beaucoup restreintes.

Indications. — Cette opération est indiquée dans la rétention aiguë chez un prostatique ou un rétréci, alors que le cathétérisme est impossible; il ne faut d'ailleurs pas s'acharner au cathétérisme chez ces malades dont la muqueuse urétrale est malade, on risque des accidents. On peut dans ces cas faire la cystostomie sus-pubienne, en particulier chez les prostatiques infectés, mais, lorsque la situation presse ou qu'on se trouve dans de mauvaises conditions pour faire une cystostomie d'urgence, il est préférable de ponctionner la vessie; l'opération est facile, bénigne, elle est suivie d'une décongestion de la prostate qui permet, après un jour ou deux, l'évacuation spontanée ou au moyen du cathétérisme.

Dans certains cas de rétention aiguë chez les blennorrhagiques par exemple, ou après une rupture de l'urètre, le cathétérisme est dangereux, il peut aggraver les lésions de l'urètre et provoquer de l'infection, il vaut mieux alors recourir à la ponction vésicale.

Technique. — Elle est des plus simples; comme instruments, l'appareil de Potain ou un trocart de petit calibre.

Le malade doit être placé sur le bord droit du lit, dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies; l'opérateur est à droite du malade pour plus de facilités.

Nous n'avons pas à insister sur la préparation de la région, des instruments, des mains, elle est la même que pour toute intervention aseptique.

La vessie est facile à reconnaître et à délimiter, elle se dessine et bombe au-dessus du pubis, remontant plus ou moins haut.

La ponction doit être faite sur la ligne médiane, à deux centimètres environ du bord supérieur de la symphyse. Le trocart est enfoncé sans brusquerie

Digitized by Google

mais d'emblée à une profondeur variant de 4 à 6 centimètres et plus suivant l'épaisseur de la paroi. Il ne faut pas craindre d'enfoncer le trocart sinon on risque de faire une ponction blanche; d'ailleurs, si l'aiguille est bien enfoncée sur la ligne médiane, on n'a rien à redouter, le péritoine est remonté haut. Lorsque le trocart arrive dans la vessie on a généralement la sensation très nette qu'on entre dans une cavité. L'évacuation de l'urine se fera très doucement si l'on a employé l'appareil Potain, il sera bon de ne pas ouvrir complètement le robinet et même de le fermer de temps en temps; en tout cas, ne jamais appuyer sur la vessie à travers la paroi abdominale.

Quelle quantité d'urine doit-on retirer? il ne faut jamais vider complètement la vessie, par crainte d'hémorrhagie a vacuo ou de cystite, dues à la décompression brusque; ceci est surtout important chez les prostatiques dont la contractilité vésicale est très faible; chez un jeune rétréci à parois vésicales contractiles on peut vider presque complètement la vessie sans inconvénient.

Chez les prostatiques infectés, il sera bon, pour éviter les chances d'inoculation du tissu cellulaire pré vésical, d'injecter un peu d'eau boriquée tiède avant de retirer la canule. Quelques chirurgiens même injectent 200 ou 300 grammes d'eau boriquée qu'ils laissent dans la vessie.

Le trocart doit être retiré vivement et l'orifice cutané recouvert d'une compresse aseptique; un peu d'ouate collodionnée suffit lorsqu'on s'est servi d'une aiguille capillaire.

Cette opération faite aseptiquement peut être répétée plusieurs fois (2 et 3 fois par jour), mais elle a des limites, et, si au bout de quelques jours de nouvelles tentatives de cathétérisme restent infructueuses, il faut sans hésiter pratiquer la cystostomie sus pubienne. Mais le plus souvent le cathétérisme redevient possible, le mieux est alors de laisser une sonde à demeure. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

L'ergot de seigle en obstétrique. — L'histoire de ce médicament est des plus curieuses; employé d'abord empiriquement par les matrones, puis préconisé par Desgranges, Villeneuve, on en fait un abus considérable; c'est un médicament merveilleux, héroïque, incapable de produire le moindre accident, aussi le donne-t-on à tout propos, sans observer la moindre règle. Il ne fallut rien moins que deux discussions à l'Académie de Médecine pour restreindre les indications de ce remède, mais son emploi fut encore fréquent et les accidents nombreux, malgré les règles sévères établies par Danyau, Depaul, Dubois. La réaction s'accentue encore avec Tarnier et Pajot qui proscrivent l'ergot pendant l'avortement, le travail, la délivrance et lui reconnaissent comme seule indication l'hémorrhagie de la délivrance, alors que l'utérus est complètement vide. Cette dernière indication même lui est discutée, d'autres moyens pouvant la remplir.

Que reste-t-il donc de ce succès que bien peu de médicaments connurent? En réalité, presque rien.

Il n'est donc plus question de l'ergot pendant l'avortement, le travail de l'accouchement ou la délivrance, la phrase de Pajot doit être présente à l'esprit de tous, « ne jamais donner d'ergot de seigle tant que l'utérus contient quelque chose », fœtus, placenta, membranes, caillots; son emploi est donc réduit aux hémorrhagies qui surviennent immédiatement ou quelques heures après la délivrance, à condition qu'on s'assure de la vacuité de l'utérus, ce qu'on ne peut faire que par l'introduction de la main dans la cavité utérine; ce n'est qu'après avoir vidé l'utérus des caillots qu'il contient qu'il sera permis de donner 1 à 2 grammes d'ergot de seigle (en 4 paquets, à 5 minutes d'intervalle), pour aider aux contractions de l'utérus et amener sa rétraction.

Mais nous possédons un moyen hémostatique aussi précieux que l'ergot, ce sont les injections intra utérines d'eau bouillie très chaude, et actuellement, dans la pratique hospitalière au moins, on les a substituées à l'ergot de seigle. L'usage de ce dernier est donc réduit aux seuls cas ou ayant à combattre une hémorrhagie de la délivrance, on n'a pas sous la main de quoi faire immédiatement une injection intra-utérine (manque de sonde, d'eau très chaude); on donnera alors l'ergot de seigle ou bien on fera une injection d'ergotine ou d'ergotinine; dans ces cas, l'ergot reste un médicament précieux qui peut sauver la vie de la femme.

En toute autre circonstance, l'ergot de seigle doit être banni de l'obstétrique comme très dangereux, et l'on ne doit cesser de le répéter, car les accidents dus à son administration intempestive sont encore malheureusement trop nombreux. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Gastrite ulcéreuse hémorrhagique appendiculaire. — En 1899 (*Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*) Guyot et Carles, puis Kirmisson (*Gaz. hebd. 1900*), enfin Charlot dans sa thèse inaugurale (Paris 1900), ont signalé les premiers les relations existant entre l'appendicite et les gastrorrhagies. S'appuyant sur ces observations et sur quelques-

Digitized by Google

unes qui lui sont communes avec d'autres collègues, Dieulafoy traite à nouveau cette question déjà complètement étudiée par les auteurs précédents. Il démontre, une fois de plus, que l'appendicite n'est pas seulement une lésion locale à menace péritonéale, mais aussi une affection toxi-infectieuse à diffusion souvent rapide et grave. Cela, on l'a dit et redit bien souvent, et les praticiens ne peuvent l'avoir oublié. — D. R. (*12 février*)

Discussion sur l'appendicite. — M. Championnière rappelle, à propos des vomissements noirs signalés dans la précédente séance, que l'on observe des vomissements de cette nature dans toutes les septicémies péritonéales, que leur pronostic, sans être absolument fatal, est en général d'une très grande gravité, car ils témoignent d'une infection profonde de l'organisme, infection contre laquelle l'intervention chirurgicale est souvent impuissante.

Etudiant ensuite l'appendicite au point de vue de sa fréquence, il déclare que si l'appendicite n'est pas une maladie nouvelle, parce que l'appendice a toujours été susceptible de diverse altérations qu'il a été facile de confondre naguère avec la typhlite et la périty phlite, et les abcès de la fosse iliaque droite, il n'en est pas moins vrai que son extrême fréquence et sa gravité commune sont des faits nouveaux.

Il semble qu'il y ait pour l'appendicite une sorte d'état épidémique qui suit assez exactement celui de l'influenza, pour que M. Faisans ait accusé l'influenza d'engendrer l'appendicite.

Mais il existe d'autres conditions étiologiques dont il faut tenir compte; parmi celles-ci, il faut signaler la propagation de certaines infections intestinales à l'appendice, l'abus de l'alimentation animale, qui facilite la stase fécale et le développement des entérites et des infections intestinales. Il serait donc sage de revenir à l'ancien usage des purgatifs, qui favorisent l'évacuation des toxines de l'intestin. Au contraire l'opium favorise la stagnation et achève l'envahissement de l'appendice, qui se pouvait éviter.

Ainsi donc la purgation doit être employée, de préférence à l'opium, pour empêcher l'évolution de l'infection intestinale vers l'appendicite. Lorsque celle-ci est franchement déclarée, il faut se hâter d'opérer, parce que c'est là seule chose utile.

M. A. Robin. — Parmi les causes prédisposantes de l'appendicite, l'une des plus importantes est la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, dans laquelle les malades consomment généralement une grande quantité d'aliments azotés, et qui s'accompagne de stase de matières fécales acides, siège de fermentations à produits irritants. Dans ces cas, l'usage des purgatifs, et en particulier de l'huile de ricin, est un moyen de prophylaxie de l'appendicite bien supérieur à l'illusoire antisepsie intestinale, car ils combattent une des conditions génératrices principales de la maladie appendiculaire, dont l'opium favorise au contraire le développement. (*19 février.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Du diagnostic de la perforation intestinale typhoïdique au point de vue de l'intervention chirurgicale. — M. Ferrier (du Val de-Grâce). Le diagnostic de la perforation intestinale typhoïdique, facile dans certains cas, par exemple lorsque le sujet est peu débilité par l'infection, n'est réellement possible, dans des conditions utiles, que si l'état du malade lui permet de définir suffisamment ses sensations.

Malgré l'extension rapide de l'inflammation péritonéale, il ne faut pas s'attendre à trouver dans ce cas les symptômes ordinaires des péritonites aiguës ; c'est ainsi que l'altération spéciale des traits, que l'agitation, l'exquise sensibilité de l'abdomen, le météorisme, les vomissements, font souvent défaut; on ne trouve fréquemment que des symptômes atténués, lesquels portent cependant, dans une certaine mesure, le cachet habituel des inflammations péritonéales.

Les douleurs spontanées ressenties par le malade peuvent être assez modérées; d'abord localisées, elles ont pour caractères de s'étendre secondairement au reste de l'abdomen, et surtout d'augmenter nettement sous l'influence des mouvements, de la toux, de la palpation ; on peut observer, enfin, à un moment donné, par suite de l'extension de l'inflammation, une certaine défense de la paroi.

Dans les cas douteux, le toucher rectal, l'apparition des symptômes vésicaux pourront révéler la propagation de l'inflammation péritonéale du côté du petit bassin. Chez les sujets atteints antérieurement de diarrhée, la suppression des selles présente une réelle importance.

L'abaissement de la température coïncidant avec l'augmentation de la fréquence du pouls possède une grande valeur au point de vue du diagnostic.

Le malade devra être surveillé à des intervalles très rapprochés ; en effet, si les symptômes constatés n'ont pas par eux-mêmes une valeur pathognomonique, la surveillance de leur évolution peut permettre d'en pénétrer la signification exacte et de pratiquer à temps une intervention, seule chance de salut du malade.

M. Rendu ne connaît pas de moyen de diagnostiquer d'une façon positive la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, ni surtout de la diagnostiquer au moment même de sa production, c'est-à-dire, à l'unique période où le chirurgien ait quelque chance de guérir son malade. Jusqu'ici, les opérations heureuses, pratiquées dans ces conditions, sont encore de très rares exceptions. (*8 février.*)

Traitement de la syphilis pendant la grossesse, par MM. Gaucher et H. Hernard (v. p. 137)

Pneumonie et zona. — M. Hallopeau rapporte une observation de pneumonie, dont la rechute s'est accompagnée d'une poussée d'herpès au niveau d'un zona antécédent de la cuisse. La rechute a été séparée de la première par un intervalle de sept jours d'apyrexie; elle a eu la même durée ; il en a été de même de la plaque d'herpès apparue au niveau du zona ayant précédé la pneumonie. Pour expliquer cette seconde poussée d'herpès de la peau, il faut admettre que, chez ce malade, les pneumocoques ou leurs toxines ont trouvé dans les cellules des nerfs de la peau intéressés lors de la première zona un *locus minoris resistentiæ*. (*15 février*).

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Amputation précoce dans la gangrène spontanée des membres chez les diabétiques. — MM. Demons et Bégouin, de Bordeaux. Chez les diabétiques âgés, presque les seuls qui fassent de la gangrène spontanée, les artères du membre malade sont souvent oblitérées par l'athérome. Jusqu'à une assez grande hauteur, les nerfs sont ordinairement altérés ; on se trouve donc en présence d'une gangrène par athérome offrant un danger particulier d'extension, par suite de la défense très amoindrie que les tissus imprégnés de sucre offrent à la propagation de l'infection microbienne.

La méthode expectante, même aidée de l'antisepsie de la portion gangrénée, n'a aucune chance de sauver ces malades. Aussi, l'amputation haute, celle de la cuisse, s il s'agit d'une gangrène du pied comme les auteurs en rapportent un exemple favorable, paraît indiquée, parce que la distribution vasculaire assure une bonne nutrition des lambeaux. Chez le diabétique, la gangrène spontanée et profonde des membres réclame l'amputation immédiate. Si celle-ci est haute et faite avec une asepsie particulièrement rigoureuse, la guérison sera la règle, alors que dans les mêmes cas l'amputation conduit presque fatalement à la mort.

M. Schwartz pense également que l'amputation haute est indiquée et peut donner de bons résultats dans les cas de gangrènes diabétiques et en particulier dans celles qui sont athéromateuses plutôt qne septiques, lorsque les accidents ne seront pas arrêtés par l'antisepsie, dont l'eau oxygénée est un des meilleurs agents, et une asepsie rigoureuse.

M. Reynier. — Il y a chez les diabétiques deux sortes de gangrène, très différentes comme pronostic. L'une est une gangrène d'origine athéromateuse, par oblitération des vaisseaux ; l'autre est d'origine trophique. C'est ce qu'on désigne à tort sous le nom de lymphangite gangréneuse. En effet, au début la peau prend un petit aspect lymphangitique ; puis, si on l'incise, on trouve au-dessous de cette peau à peine enflammée tout le tissu cellulaire déjà sphacélé. Ce sphacèle humide, qui se produit sans le moindre traumatisme, engendre très rapidement des phénomènes septiques. Le diabétique qui fait ainsi de la gangrène est disposé au coma, car son système nerveux est en imminence de faillite. Pour se rendre compte du fonctionnement du système nerveux, on examinera les réflexes, qui existent encore souvent dans les gangrènes athéromateuses et qui manquent dans les gangrènes trophiques. C'est ce qui fait la gravité des cas. *(6 février.)*

Heteroplastie orbitaire, par M. Lagrange (v. p. 135).

Traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire du Dr Wlaeff. — M. Reynier rapporte plusieurs observations de malades atteints de tumeurs malignes, chez lesquels une amélioration notable a été obtenue par les injections du sérum du Dr Wlaeff. Ce sérum, dit-il, a une action évidente sur les néoplasmes, démontrée par le gonflement passager de la lésion après l'injection, par la diminution de la douleur, par la suppression des hémorrhagies, les tendances à la répression de la tumeur, l'ischémie qu'on constate au cours de l'opération, par le retour de l'appétit, du sommeil, par l'arrêt de l'amaigrissement et quelquefois l'engraissement du malade. Malheureusement cette action est momentanée ; si on cesse les injections, on voit le mal, qui a subi un temps d'arrêt, reprendre sa marche et les malades finissent par succomber. Peut-être pourrait on espérer un résultat meilleur en commençant les injections dès le début du mal, c'est-à-dire avant la généralisation. *(13 février.)*

ACTUALITÉS

Concours d'agrégation *(suite)*. — On m'écrit : « Vous êtes d'avis, non pas de supprimer le concours d'agrégation (puisqu'il est supprimé, de fait, comme vous le dites avec tant de vérité), mais de le *rétablir*, de le *réformer*. Alors, dites-nous les principales réformes que vous proposez. Sans doute, on ne vous écoutera pas ; mais il est bon de semer des idées pour la récolte future et même lointaine..... ».

Deux mots de réponse :

Il y a trois réformes principales qui s'imposent et *qui se feront* un jour. Les voici :

1° Il y aura deux concours d'agrégation : l'un pour l'agrégation de Paris, l'autre pour l'agrégation de province.

2° Le jury pour l'agrégation de Paris sera ainsi composé : 2 professeurs de Paris, 1 membre de l'Académie de médecine (comme autrefois), 6 professeurs de province. — Le jury pour l'agrégation de province sera ainsi composé : 2 professeurs de province, 1 membre de l'Académie de médecine, 6 professeurs de Paris. (De cette façon, les membres du jury ne seront plus accusés, à tort ou à raison, de vouloir toujours *élire* leurs élèves).

3° Comme pour tous les concours qui se respectent et que l'on respecte encore, les juges seront obligés de proclamer les points obtenus par les candidats après chaque épreuve.

Mais, comme mon distingué correspondant le fait remarquer un peu malicieusement, ces réformes si simples, si naturelles, ne se feront pas aujourd'hui, pour plusieurs raisons : parce qu'elles sont justes, et... parce qu'elles seraient un peu gênantes. Elles se feront *certainement* plus tard, lorsqu'une autre direction médicale, moins dépendante d'intérêts particuliers, présidera à nos destinées, lorsque les grandes réformes de l'Enseignement médical indiquées par nous il y a dix ans, seront un fait accompli, lorsque des hommes politiques, soucieux des intérêts généraux de notre pays, voudront bien s'occuper un peu du pauvre argent des contribuables. Cela viendra..... — H. H. *(à suivre.)*

Tuberculose et antituberculose. — A la dernière séance de l'Académie de médecine, l'un de ses membres a proposé d'envoyer, en termes charmants, à M. le ministre des Postes, des remerciements et même des félicitations pour les mesures qu'il a spontanément prises contre la propagation de la tuberculose. M. le ministre a dû sourire en recevant ces compliments, d'autant plus qu'il aura sans doute — nous l'espérons du moins — l'occasion prochaine de les renvoyer à l'Académie, à tous les Présidents de toutes les ligues antituberculeuses, pour les mesures un peu tardives qu'on aura fait prendre dans les hôpitaux contre la propagation de la tuberculose, en créant dans lesdits hôpitaux des services spéciaux d'isolement pour les tuberculeux. Mais cela est si facile qu'on n'en fera rien..... — R. D.

Digitized by Google

La Légion d'honneur et les médecins des hôpitaux de province

Le 15 décembre 1899, le Ministre de l'Intérieur a adressé aux préfets une longue circulaire au sujet du règlement « du service tant intérieur qu'extérieur et de santé » des établissements publics de bienfaisance.

Pour servir de guide aux commissions administratives, cette circulaire contient un modèle officiel de règlement type, qu'elle conseille aux préfets de faire adopter par les administrations dont ils ont la tutelle.

Loin de critiquer les parties essentielles de la réglementation recommandée par le Ministre, nous ne saurions trop au contraire en approuver les principaux chapitres. Nous tenons cependant à signaler à nos confrères des hôpitaux de province, par ce temps où les décorations de la Légion d'honneur sont données à de vulgaires agents électoraux et à d'illustres couturiers pour dames, la perle qui fait suite à l'article XI.

Cet article est ainsi conçu :

« Les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission « administrative ; ils ne peuvent être révoqués qu'avec l'appro- « bation du préfet.

« La limite d'âge est fixée à... pour les médecins, et à... pour « les chirurgiens. La commission, à raison de leurs services, « pourra leur conférer l'honorariat. »

Quoi de plus parfait que ces dispositions ? Il ne viendra à l'idée d'aucun médecin de les discuter, d'autant plus que dans un nota, on dit qu'il est extrêmement désirable, qu'on institue un concours pour la nomination des médecins et chirurgiens.

Cet article est accompagné d'un long commentaire, dans lequel nous copions textuellement les paragraphes suivants :

« La limite de l'exercice médical hospitalier est toujours une conséquence du recrutement par les concours, mais elle doit s'entendre aussi des autres cas et être prévue d'une manière générale. Cette mesure s'explique par bien des raisons.

« Le corps médical hospitalier ne saurait considérer comme une humiliation de céder, à un certain âge ou après un temps déterminé d'exercice, la place à des confrères plus jeunes, disposés comme leurs aînés à payer à l'indigent leur dette de dévouement et d'activité. Les inconvénients d'un exercice trop prolongé sont sensibles dans plus d'un établissement ; d'excellents praticiens, sans aucun doute, très honorables, très dévoués, mais fatigués déjà par une longue carrière, plus confiants dans leur propre expérience que dans les découvertes scientifiques et les promesses des doctrines nouvelles, ne suivent que d'un œil distrait, quelquefois sceptique, les progrès de la science ; leur honorabilité, les services rendus empêchent la commission d'intervenir dans des questions en apparence toutes personnelles et paralysent son initiative *Souvent elle s'épuise en vains efforts pour obtenir une récompense honorifique bien gagnée et qui serait l'occasion d'une retraite honorable. Il vaut mieux, dans l'intérêt des malades, agir autrement.* Le recrutement du corps médical hospitalier ne sera pas entravé, nous en sommes persuadés, si, par avance, il sait que sa présence à l'hôpital ne doit être que temporaire ; peut-être, au contraire, y apportera-t-il plus de soins et de zèle pour pouvoir tirer personnellement et scientifiquement tout le parti possible de cette haute situation justement enviée et à laquelle il faut conserver, par de sages prescriptions, l'estime dont elle est universellement entourée. »

Nous croyons inutile de faire une réflexion quelconque sur les lignes que nous avons soulignées et sur celles qui les suivent. — D. R.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du foie, par E. Schwartz, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin. 1 vol. chez Doin, éditeur.

Ce livre est le premier d'une série d'ouvrages chirurgicaux publiés sous la direction de MM. Ricard et Rochard. *(Bibliothèque de chirurgie contemporaine)*. Dans la première partie, l'auteur étudie les lésions traumatiques et les lésions infectieuses du foie; la seconde partie est consacrée aux abcès du foie, à la tuberculose, à l'actynomycose, aux tumeurs du foie et des voies biliaires, aux kystes hydatiques, au foie mobile; un dernier chapitre, très important, traite de la lithiase biliaire.

Pour toutes ces questions l'auteur s'est surtout préoccupé de la clinique, des indications et du traitement; cela lui a été facile grâce à son expérience et à sa compétence en fait de chirurgie hépatique, aussi nous a-t-il donné un livre très original qui sera indispensable à tout chirurgien, mais dont la lecture sera également très profitable au médecin qui y trouvera des indications précises pour le traitement chirurgal d'un certain nombre d'affections biliaires et hépatiques qu'il est souvent appelé à voir avant le chirurgien.

Cet ouvrage fait le plus grand honneur à son auteur et nous sommes certain d'avance que le succès lui est acquis, cela nous dispense de tout éloge.

Nous devons aussi féliciter l'éditeur pour la forme si élégante de ce livre et son exécution matérielle irréprochable. — H. Milhiet.

L'alcool et l'alcoolisme, par MM. Triboulet et Mathieu. — Un vol., chez Carré et Naud, éditeurs.

Nous ne pouvons que féliciter les auteurs de cet ouvrage qui est, comme ils le disent justement, un compendium à l'usage des gens instruits qu'intéresse la question de l'alcoolisme. Le développement donné à la fabrication des boissons, la limitation de la partie purement médicale, et l'exclusion de toute opinion tendancieuse font de ce livre un guide précieux et un excellent plaidoyer contre l'alcoolisme. Tous nos compliments et nos remerciements aux auteurs. — S R.

De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques, par le Dr J.-L. Valency, *Thèse de Paris*, 1900. 150 pages. Chez Doin, éditeur.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

La Minéralogie biologique. — Applications thérapeutiques.

Par J. Gaube (du Gers)

I

La minéralogie biologique est une science nouvelle qui s'occupe des minéraux entrant dans la constitution des plantes, des animaux et de l'homme; la minéralogie biologique s'occupe des combinaisons bio-chimiques des minéraux, de leurs rapports avec la matière protéique ou organisée et de leurs rapports entre eux au sein des organisme divers, des différents tissus; l'analyse physico-chimique est son principal moyen d'action.

La minéralogie biologique nous démontre que la vie est impossible sans matière minérale et elle distingue pour chacun des grands règnes de la nature une matière minérale *bio-dynamique* et une matière minérale *abio-dynamique* au milieu de la minéralisation commune à tous les règnes.

Le premier protoplasme, c'est-à-dire, la matière organisée la plus rudimentaire naquit de la matière minérale, ai-je dit, pour la raison péremptoire qu'elle ne pouvait pas naître d'autre chose; ce premier protoplasme fut un ferment selon la définition que j'en ai donnée; le protoplasme est resté ce qu'il était à son origine, un ferment hydratant à base de chaux et de magnésie.

La matière minérale a précédé toute matière organisée; elle a précédé la matière végétale qui a précédé la matière animale qui a précédé l'homme. Le végétal a continué de vivre directement de la matière minérale, comme l'a découvert Liebig; l'animal a continué de vivre du végétal et l'homme, depuis son apparition sur la terre, se nourrit de l'animal, du végétal et du minéral directement; en se nourrissant du végétal et de l'animal l'homme se nourrit encore de matière minérale et il se trouve immédiatement attaché à la terre, source de toute minéralisation; ce sont là des faits indiscutables.

La matière minérale est donc l'élément et l'aliment premier du végétal qui sert de nourriture à l'animal et par lui indirectement à l'homme.

Les oxydes métalliques, la chaux, la magnésie, la potasse et la soude sont les bases de la vie dans le règne végétal et dans le règne animal; à ces bases fondamentales de la vie viennent s'ajouter, comme autant de spécialités, d'autres éléments de minéralisation : le fer, le manganèse, le cuivre, le zinc, etc.

L'on ne rencontre nulle part, une parcelle quelconque de matière organisée sans matière minérale; la matière minérale fut l'élément premier de la vie et elle n'a point cessé d'accompagner la vie dans toutes ses manifestations; comme à ses débuts la vie est aujourd'hui asservie par la matière minérale; en voici la preuve : la matière organisée subit les qualités, les propriétés de la matière minérale; quelle que soit la qualité de la matière organique elle ne modifie point ni les qualités de la chaux, ni les qualités de la magnésie, ni les qualités de la potasse, ni les qualités de la soude; au contraire, la chaux, la magnésie, la potasse, la soude impriment leurs qualités à la matière organisée; la chaux retiendra par insolubilité la matière organisée soluble; la soude solubilisera la matière organisée insoluble, etc; et, de cet état de solubilité ou d'insolubilité de la matière organisée dépendent les réactions des milieux vivants, et, du rapport de masse dépend l'activité des réactions dans ces mêmes milieux.

Que la chaux, que la magnésie, que la potasse viennent à manquer dans un milieu vivant, les réactions de ce milieu seront modifiées profondément; la matière protéique participera de la mauvaise minéralisation du sujet; pour les végétaux ce sera un rendement inférieur; pour l'animal, pour l'homme, ce sera la maladie. La matière azotée est nécessaire à la vie des êtres, sans doute, mais elle demeure impuissante sans le secours de la matière minérale. Quelle sera alors la valeur des rations alimentaires calculées sur leur teneur en azote? Quelle sera la valeur de l'uréométrie clinique? Nulles, et, souvent dangereuses. En effet, toute ration alimentaire riche en azote mais non minéralisée devient mieux qu'un corps étranger, un poison; la quantitée d'urée fournie par l'uréométrie n'indique point comment les albuminoïdes qui lui ont donné naissance ont été dédoublées: elle n'indique point si la potasse ou la chaux, par exemple, les ont attaquées à l'exclusion l'une de l'autre, alors qu'elle doit être le résultat de leur action réciproque.

Il faut beaucoup moins d'azote pour vivre qu'on ne le croyait naguère; la ration alimentaire tant pour l'homme que pour l'animal doit être calculée sur la valeur de sa minéralisation. Quant à l'urée, il ne suffit point de connaître son poids, il faut savoir d'où elle vient, il faut connaître la minéralisation d'où elle sort; une quantité normale d'urée peut être le produit d'une minéralisation tout à fait défectueuse, maladive.

La minéralogie biologique nous enseigne que chaque individu est doué d'une *aptitude de minéralisation propre* et que la vie de chaque individu est faite *du rapport de participation à la vie des éléments de sa minéralisation.* J'ai appelé *sol animal* par opposition au *sol végétal*, la réunion de tous les éléments de minéralisation de l'individu; la qualité du sol dépend non seulement de la qualité et de la quan-

Digitized by Google

tité de la minéralisation individuelle, mais, encore et surtout, du rapport des éléments de cette minéralisation entre eux. Pour l'animal, pour l'homme comme pour le végétal le rendement est adéquat à la valeur du *sol*, c'est-à-dire à la valeur de la minéralisation.

II

Je détermine la valeur du sol animal en analysant le liquide urinaire ; je fais cette analyse comme s'il s'agissait d'analyser une terre pour en déterminer la valeur culturale. J'arrive incontestablement à la connaissance exacte du sol humain par l'analyse urinaire, car l'expérience nous démontre, qu'en dehors des autres éléments, la matière minérale urinaire représente la plus grande somme du travail physiologique accompli. Chaque tissu de l'organisme a une dominante minérale propre ; lorsque ce tissu travaille, il retient la matière minérale nécessaire à son activité : le chlore diminue considérablement dans les urines pendant la digestion ; le magnésium diminue considérablement dans les urines pendant le travail cérébral, etc.

L'analyse répétée du *sol animal* nous permet d'établir une moyenne normale non seulement de minéralisation, mais aussi une moyenne normale d'hydratation représentée par l'eau urinaire ; la moyenne normale d'hydratation est fort intéressante à connaître, car l'activité des tissus est en rapport avec la quantité d'eau qu'ils contiennent parce que la matière minérale, en ses rapports normaux, est d'autant plus active qu'elle est plus diffuse ; plus un tissu est gras, moins il contient d'eau.

Les moyennes normales de minéralisation et d'hydratation fournies par l'analyse du sol sont rapportées au kilogramme de poids vif ; le poids vif est basé non point sur le poids réel du sujet mais bien sur son poids anthropométrique ou esthétique ; le poids anthropométrique ou esthétique se déduit de la taille ; il s'exprime par les deux derniers chiffres donnant la taille en centimètres ; ainsi un homme d'une taille de 182 centimètres doit peser 82 kilog. ; un homme d'une taille de 158 centimètres doit peser 58 kilog., etc. Si le sujet analysé n'a pas le poids esthétique, il est en *déficit ;* si le sujet analysé pèse plus que le poids anthropométrique, il a de la *surcharge* ; de cette surcharge nous n'aurons cure, car elle est faite de déchets, de réserves outrées, si l'on veut, et nous n'avons pas à les entretenir. Lorsque nous avons analysé le sol d'un sujet donné, si les résultats de l'analyse se superposent aux moyennes normales, nous le considérons comme normal ; si l'ensemble des résultats ou quelques résultats partiels de l'analyse s'éloignent des moyennes normales, nous disons ou que le sujet est déminéralisé dans l'ensemble de ses éléments de minéralisation ou qu'il est déminéralisé dans l'un quelconque, dans plusieurs de ses éléments de minéralisation ou qu'il est en voie de déminéralisation quant à l'un quelconque, quant à plusieurs de ses éléments de minéralisation. La différence trouvée entre le taux moyen normal des éléments de minéralisation et le poids des éléments dosés servira de base à notre thérapeutique ; nous restituerons à notre déminéralisé, poids moléculaire pour poids moléculaire, la minéralisation défaillante rapportée au kilo corporel anthropométrique et calculée pour une période de 24 heures. Afin que l'analyse du sol individuel soit aussi exacte que possible, il faut qu'elle porte, au moins, sur la quantité de l'urine de trois fois vingt-quatre heures consécutives.

III

Pour des raisons que j'ai longuement exposées ailleurs, la déminéralisation est très fréquente ; or, la déminéralisation, c'est la déchéance. Il existe une déminéralisation dont je parlerai plus loin ; c'est la déminéralisation consécutive à la grossesse ; déminéralisation très bien mise en vue par le Dr J.-J. Gaube (du Gers), à laquelle j'ajouterai la déminéralisation consécutive à l'allaitement. Je suis obligé de résumer succinctement et les principes de la minéralogie biologique et ses applications thérapeutiques. Les applications thérapeutiques de la minéralogie sont de deux ordres : elles s'adressent à l'homme déminéralisé ; nous venons de voir comment il pouvait être reminéralisé ; elles s'adressent à l'homme déminéralisé et pour cette raison envahi par les colonies microbiennes qui l'entourent. Quoique l'on puisse tenter pour guérir les affections de nature microbienne on y réussit difficilement, on n'y arrive souvent pas sans reminéraliser le malade par une reminéralisation appropriée. Toutes les affections microbiennes se traduisent par une perte de chaux et de magnésie ; la chaux et la magnésie s'éliminent en majeure partie sous la forme de phosphates ; c'est donc à l'aide de phosphates de chaux et de magnésie que nous reminéraliserons les *toxininés* ; dans quelques cas, dans la tuberculose, par exemple, nous ajouterons des chlorures aux autres agents de reminéralisation parce que les tuberculeux sont des hypochlorurés à l'encontre des arthritiques qui sont des hyperchlorurés ; le schéma de l'arthritisme, c'est l'hyperchlorurie ; le schéma de la tuberculose, c'est l'hypochorurie.

Il y a mieux que la *spécialité* de minéralisation dont je parlais plus haut : il y a la *spécificité* de minéralisation.

La spécificité de minéralisation est plus générale que la spécialité de minéralisation ; la spécificité de minéralisation fait l'*espèce*, soit que cette expression

Digitized by Google

s'applique à un groupe d'individus, soit à un tissu, à une cellule, à une plastide, en particulier, leur trait caractéristique étant, dans un cas comme dans l'autre, de pouvoir se reproduire avec tous leurs caractères. Le tissu thyroïdien chez l'homme, chez les mammifères terrestres, l'algue parmi les thallophytes trouvent leur spécifité de minéralisation dans l'*iode;* le leucyte de la chlorophylle, le vitellus, la cellule spermatique, le pollen, la substance grise des centres nerveux, etc., trouvent leur spécificité de minéralisation dans le magnésium, ce qui m'a permis d'écrire, il y a bientôt neuf ans, que le *magnésium* était le métal de la génération et de la pensée.

L'analyse minérale d'un organisme vivant nous permet de déterminer l'aptitude minérale de son protoplasme, de déterminer le rapport de participation à la vie des éléments de minéralisation et quelquefois sa spécificité de minéralisation. Souvent, les spécificités de minéralisation appartiennent à des métaux lourds, au rubidium, par exemple, aux terres rares, raréfiées par conséquent, tandis que la minéralisation ordinaire des êtres organisés est faite de métaux légers.

La connaissance de l'aptitude minérale du protoplasme individuel, d'un groupe d'individus, est d'une grande utilité au point de vue thérapeutique. En effet, prenons pour exemple les bactériacées, les bactéries pathogènes qui formaient jusqu'ici, bien à tort, selon moi, un groupe de la famille des Algues; les *bactéries* ne contiennent point de chlore (Gaube); *elles* ne contiennent point d'iode (A. Gautier): le protoplasme des bactéries n'a point d'aptitude de minéralisation ni pour le chlore, ni pour l'iode; prenons le groupe des périsporiacées, prenons quelques mucédinées que j'étudie, en ce moment, l'*aspergillus niger*, les périsporiacées, en général, n'ont point d'aptitude minérale pour l'argent dont un seize cent millième arrête la végétation de l'aspergillus niger (Raulin); mais, par contre, le *zinc* devient la spécificité de minéralisation de l'aspergillus niger; le zinc fait le rendement de l'aspergillus niger (Raulin). Certaines mucédinées n'ont point d'aptitude minérale pour le zinc; moins d'un soixante-dix-sept millième arrête le rendement de ces mucédinées, tandis que le lithium devient la spécificité de leur minéralisation. Retirez le zinc à l'aspergillus niger, vous compromettez son existence; ajoutez de l'argent à l'aspergillus niger, vous l'arrêtez net dans son évolution; retirez le lithium à notre mucédinée vous compromettez son existence; ajoutez du zinc à notre mucédinée, vous arrêtez net son évolution; ajoutez du magnésium à la bactérie, vous augmentez son rendement; ajoutez de l'iode à la bactérie, vous arrêtez net son évolution.

Voilà des faits d'une haute portée scientifique et en même temps d'une grande utilité pratique. En effet, si dans un milieu vivant et éminemment complexe, à réactions multiples, ce qui veut dire relativement capable d'une grande résistance, tel, le milieu animal, le milieu humain, nous pouvons introduire, sans danger pour l'agrégat multicellulaire qui le représente, de l'argent contre l'aspergillus, du zinc contre la mucédinée, de l'iode contre la bactérie, nous aurons trouvé le remède au plus grand nombre des *infections* qui viennent se greffer sur l'animal, sur l'homme, malingres, fatigués, surmenés et, en dernière analyse, toujours déminéralisés. En ce qui concerne les bactéries, en général, je crois avoir trouvé leur remède dans un corps très chargé d'iode, et cependant inoffensif, dans l'*iodobenzoyliodure de magnésium.*

IV

Quelle est la science, actuellement, je me le demande, qui, en dehors de la minéralogie biologique, puisse nous permettre de telles généralisations scientifiques, pratiques, thérapeutiques? Il s'agit bien d'azote, de matière organique; non, il s'agit de l'élément et de l'aliment premier de la vie, du *minéral*; il s'agit de l'argent qui tue l'aspergillus, du zinc qui tue la mucédinée, de l'iode qui tue la bactérie, sans souci de la matière organique. Il ne faut pas s'y tromper, l'argent, le zinc, l'iode qui tuent ceci, font vivre cela, et, il n'est pas jusqu'à l'arsenic lui-même qui ne soit la spécificité de minéralisation de certains cryptogames.

S'il est vrai que la minéralogie biologique soit d'un grand secours pour la thérapeutique, son rôle social apparaît considérable quand on regarde, telles qu'elles sont, les choses de l'humanité. Notre race dépérit; je parle de l'homme, en général. En dehors des influences cosmiques qui nous échappent jusqu'ici et qui usent la vie à la surface du globe terrestre, en s'usant, peut-être, elles-mêmes, il est démontré que les récoltes épuisent le sol (Grandeau); la récolte humaine épuise le sol plus et mieux que toute autre récolte. MM. Hugounenq et J.-J. Gaube ont démontré que le fœtus prenait à la mère pendant la grossesse de 101 à 110 grammes de matière minérale; un allaitement de neuf mois soutire à la femme de 500 gr. à 600 gr., au moins, de matière minérale, un kilogramme environ de matière minérale jusqu'au sevrage. L'alimentation telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui avec du pain déminéralisé, de la viande dont la minéralisation est insuffisante, peut-elle compenser la matière minérale que la mère donne à son enfant et pendant la grossesse et pendant l'allaitement? Non, certes; il nous faudra sagement minéraliser la mère pendant la grossesse et la reminéra-

Digitized by Google

liser au *prorata* de ses dépenses pendant l'allaitement.

Que dire des générateurs avant la procréation ? Qu'ils doivent surveiller attentivement leur minéralisation afin de s'inciter à la procréation, d'obtenir un produit vigoureux, résistant. La place me manque pour mettre en relief, comme il le mérite, le rôle social de la minéralogie biologique, j'y reviendrai.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le tétranitrate d'érythrol (tétranitrol) et la médication hypotensive

Par H. Huchard, *de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Necker.*

Je viens vous parler très sommairement d'un médicament et d'une médication. Le médicament est le nitrate, ou mieux tétranitrate d'érythrol, qu'en thérapeutique j'appelle, par abréviation, le *tétranitrol*. La médication est vaso-dilatatrice et hypotensive.

I. — La médication *hypotensive* est d'une haute importance, non pas seulement dans les maladies du cœur et des vaisseaux, mais aussi dans un grand nombre d'états morbides divers où l'hypertension artérielle, constituant un danger, doit être combattue sans retard et sans relâche, comme dans les affections suivantes :

Au stade prémonitoire de l'artério-sclérose que depuis plusieurs années j'ai étudié sous le nom de *présclérose*, et qui, en l'absence encore de lésion valvulaire, est caractérisé par la simple augmentation de la tension artérielle, celle-ci étant cause et non toujours effet de la sclérose ; à la période d'*artério-sclérose* confirmée ; dans l'*angine de poitrine coronarienne*, et dans une catégorie de *douleurs cardiaques* dues à la distension du cœur par vaso-constriction périphérique ; dans l'*uricémie*, l'acide urique étant un vaso-constricteur périphérique, ce qui explique la fréquence des congestions viscérales ; dans la *goutte*, qui est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur ; à la suite d'une *alimentation carnée intensive*, dans le *tabagisme*, toutes causes de vaso-constriction et d'artério-hypertension consécutive ; dans la *néphrite interstitielle*, l'une des maladies qui élèvent au plus haut degré la tension artérielle, d'où la fréquence des ruptures vasculaires, des hémorrhagies cérébrales ; dans la *syncope locale des extrémités*, dans la *maladie de Stokes-Adams* ; enfin, dans les *anévrysmes*.

Cette énumération, déjà longue, n'est pas close. Mais on peut voir par là les nombreuses indications et applications de la médication hypotensive, et pour un groupe important d'affections cardiaques, au cours des *cardiopathies artérielles* qui commencent par une intoxication et finissent souvent par l'intoxication, celle-ci aboutissant à un état presque permanent de vaso-constriction, on comprend que l'indication thérapeutique consiste, non pas à s'adresser au cœur central, déjà plus ou moins atteint dans sa force contractile, mais à tout le cœur périphérique, au système artériel dont il importe de combattre sans cesse la contraction pour soulager et faciliter le travail du cœur central.

Pour les *anévrysmes*, je n'ai qu'à reproduire ce que je disais ici même, il y a deux ans, au sujet de leur traitement (1898) : « Sans doute, la coagulation intra-anévrysmale est le but vers lequel doivent tendre tous les efforts de la thérapeutique médicale, et de tout temps on a voulu la réaliser par des moyens divers. Mais il faut chercher en même temps à écarter toutes les causes capables de retarder, d'empêcher même cette coagulation, et parmi celles-ci, il n'en est pas de plus active et de plus dangereuse en même temps que l'hypertension artérielle dont sont atteints quelques anévrysmatiques. Un anévrysme n'est jamais si près de se rompre que lorsqu'il existe en même temps de l'artério-sclérose généralisée, ou accidentellement une néphrite interstitielle, maladie où l'hypertension artérielle est à son maximum. »

Les capsules surrénales secrètent une substance douée de propriétés vaso-constrictives énergiques, et j'ai vu un anévrysme prendre subitement un accroissement considérable avec menace de rupture chez un malade qui avait pris inconsidérément, pendant une quinzaine de jours, trois à quatre capsules d'extrait surrénal.

Depuis plus de douze ans, j'insiste sur les méfaits nombreux de l'alimentation carnée intensive, c'est-à-dire de tous les aliments riches en toxines dont la puissance vaso-constrictive est considérable, de sorte que l'une des causes les plus fréquentes de l'artério-sclérose réside dans ce régime alimentaire. C'est pour cette raison, ai-je dit encore, que dans la cure des anévrysmes on doit se préoccuper, non seulement du *contenu*, c'est-à-dire du sang à coaguler, mais aussi et surtout du *contenant*, c'est-à-dire de la poche elle-même dont la distension suit assez exactement les progrès de l'hypertension artérielle. C'est elle que la thérapeutique doit viser et combattre sans relâche ni trêve, si l'on veut que les autres méthodes curatives aient leur plein effet. Alors, s'imposent l'alimentation lacto-végétarienne et la médication vaso-dilatatrice et hypotensive par des agents thérapeutiques dont nous allons bientôt parler.

Les malades atteints d'*angine de poitrine coronarienne* présentent souvent, au moment des accès douloureux, une augmentation subite de la tension

Digitized by Google

artérielle, et c'est ainsi que depuis longtemps les inhalations de nitrite d'amyle font disparaître en quelques instants les crises les plus douloureuses et les plus menaçantes. Mais souvent aussi, l'hypertension artérielle persiste en dehors des crises, de sorte que ces malades sont presque toujours en imminence d'accès sténocardiques. Alors s'impose la médication hypotensive par l'alimentation lacto-végétarienne, par les iodures, la trinitrine, le tétranitrate d'érythrol.

Je n'insiste pas davantage sur les applications nombreuses et importantes de la médication hypotensive, ayant hâte d'arriver à l'étude sommaire des médicaments capables de la réaliser.

II. — Dans certains cas, par exemple lorsqu'il s'agit d'angineux, il est urgent d'obtenir l'abaissement de la tension artérielle, d'une manière rapide, presque instantanée. L'indication est remplie fréquemment d'une façon remarquable par les inhalations de *nitrite d'amyle*, comme on le sait depuis longtemps. Deux autres nitrites, le *prophyl-nitrite* et le *butyl-nitrite*, seraient doués de la même action, quoiqu'ils n'aient pas encore été sérieusement expérimentés. Il n'en est pas de même de l'*éther nitreux* de l'alcool ordinaire qui constitue la partie active de « l'esprit de nitre doux », très usité en Angleterre, dont l'emploi devrait être plus propagé en France, à titre de vaso-dilatateur et de diurétique. Pour la même raison, le *nitrate de potasse*, trop délaissé de nos jours, n'agit pas seulement comme diurétique dans les maladies du rein, mais aussi à titre de vaso-dilatateur et hypotenseur, puisqu'il paraît démontré qu'il se transforme en nitrite dans l'organisme. Du reste, presque tous les nitrites sont diurétiques, parce que leur action thérapeutique fait succéder rapidement la vaso-dilatation à un état antérieur de vaso-constriction, et parce que c'est ainsi qu'agissent les médicaments diurétiques, comme je l'ai démontré dans mon livre : « *Consultations médicales* ». L'augmentation de la diurèse ne survient qu'à la faveur d'une vaso-dilatation des artères rénales succédant promptement à état de vaso-constriction de ces mêmes vaisseaux.

La *nitro-glycérine* (nitrate, trinitrate de glycérine, *trinitrine*) dont j'ai étudié, en 1882, les applications au traitement de la sténocardie après Murrell, a une action moins rapide et moins fugace. Cette action commence après quelques secondes, ou plutôt après quelques minutes, et se maintient pendant une heure et demie au plus, et non pendant 2 heures 1/2, comme le pensent quelques auteurs. Par conséquent, en prescrivant trois gouttes de la solution au centième, toutes les deux heures, on peut espérer obtenir pendant 7 à 10 heures de la journée et de la nuit au plus, un certain abaissement de la tension artérielle. Malheureusement, si cette action hypotensive persiste pendant une demi-heure, une heure, une heure et demie au plus, elle atteint en quelques minutes sa période d'acmé pour décroître ensuite d'une façon considérable, et d'autre part, quelques malades ne peuvent dépasser une certaine dose sans éprouver une céphalalgie frontale pulsatile, parfois très violente et même intolérable.

Le problème thérapeutique consistait donc à trouver un médicament vaso-dilatateur et hypotenseur capable de maintenir d'une façon presque continue la tension artérielle à un taux voisin du chiffre physiologique. Depuis près de quatre ans, j'emploie le *tétranitrate d'érythrol* (tétranitrol) à titre de médicament vaso-dilatateur et hypotenseur, et mes observations ont confirmé en grande partie les expériences et observations de quelques auteurs anglais (Leech, Bradbury, Lauder Brunton, Marshall, etc.) sur ce sujet. L'action de ce médicament ne se fait sentir qu'après un quart d'heure ou une demi-heure et peut durer 3, 4 et même 5 heures, de sorte que si l'on prescrit un centigramme toutes les 3 ou 4 heures, et six fois par jour, on a bien des chances pour maintenir d'une façon presque permanente l'abaissement de la tension artérielle, surtout si l'on a eu soin de faire précéder l'emploi du tétranitrol qui n'agit qu'après une demi-heure, de celui de 3 ou 4 gouttes de solution alcoolique de trinitrine au centième. Mais assez fréquemment et contrairement à l'opinion de quelques auteurs, nous avons vu la durée de l'action dépasser à peine une heure et demie ou deux heures. En même temps que la tension artérielle s'abaisse de 25 à 20, ou de 21 à 18 ou 16 par exemple, la fréquence du pouls augmente (90 à 100 et même 110 pulsations). On prescrit le médicament aux doses de 1 à 3 et même 6 à 8 centigrammes par jour sous forme de comprimés d'un centigramme. La forme liquide est difficile à employer, parce que le nitrate d'érythrol (tétranitrol) est absolument insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, et qu'une solution alcoolique étendue d'eau peut avoir pour effet de laisser précipiter la majeure partie du corps qu'elle renfermait. Les doses de 1 à 5 milligrammes que j'avais d'abord indiquées, il y a deux ans, dans mon *Traité des Maladies du cœur* (1899-1901), sont trop faibles, et il y a tout avantage à commencer d'emblée par la dose d'un à trois centigrammes. J'ajoute que l'action de ce médicament est vasculaire et non cardiaque ; l'action sur le cœur est indirecte et consécutive aux effets vaso-dilatateurs.

J'ai prié mon ancien interne Brissemoret, chef du laboratoire de pharmacologie de la Faculté, d'établir une formule de solution concentrée, et il m'a déclaré que ses tentatives avaient été jus-

Digitized by Google

qu'ici infructueuses. L'extrême insolubilité de cette éther nitrique dans l'eau constitue un obstacle presque insurmontable à la mise en solution. Les essais qu'il a tentés avec de l'alcool aqueux à différents titres, avec de la glycérine alcoolisée sont restés sans résultats. A ce point de vue, de nouvelles recherches devront être poursuivies. Car, il s'agit d'un agent médicamenteux d'une valeur incontestable, puisqu'il réussit à maintenir pendant plusieurs heures l'abaissement de la tension artérielle obtenu par lui, puisqu'il n'expose pas aux accidents d'adultération sanguine et globulaire comme le nitrite de sodium trop vanté par Mathiew Hay et qu'il donne lieu, plus rarement encore que la nitroglycérine, à quelques phénomènes toxiques. La céphalalgie frontale est même assez rare à la suite de son emploi.

Tels sont les résultats obtenus par nous depuis quatre ans et basés sur plus de 120 observations. Nous n'avons pas encore expérimenté le *nitrate de mannitol* doué des mêmes propriétés physiologiques et thérapeutiques.

Dans mon *Traité des Maladies du cœur* (1899), j'avais indiqué que des recherches sur un éther nitrique différent, le *pentanitrate de quercite* avaient été faites sur ma demande par MM. Brissemoret et Joanin, recherches qui viennent d'être reprises en Angleterre par Marshall.

Quant à *l'hydroxylamine*, son emploi doit être condamné en raison de l'action topique exercée par cette substance sur la muqueuse de l'estomac, d'où la production de nausées et de vomissements.

Les nitrates d'érythrol et de mannitol appartiennent à la série des éthers nitriques que l'on obtient par l'action d'un mélange d'acides sulfurique et nitrique concentrés sur un alcool. Le mode de préparatiou chimique est relativement simple, quoi qu'il exige de grandes précautions, puisqu'il s'agit de corps explosibles. Cependant, je ne m'explique pas la raison pour laquelle il est difficile de se procurer en France ces diverses substances.

On a pu obtenir ainsi : la *dinitrine du glycol*, la *trinitrine de la glycérine (trinitrine)*, le *tétranitrate d'érythrite (ou d'érythrol)*, le *pentanitrate de xylite*, l'*hexanitrate de mannite*, l'*heptanitrate de perséite*.

Les deux premiers termes sont liquides ; les quatre autres, à l'exception toutefois de l'éther nitrique de la xylite, sont solides et cristallisés. Ils sont à peu près insolubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool et dans l'éther. Une faible élévation de température les décompose ; ils émettent alors des vapeurs nitreuses et ils détonent violemment sous le choc.

III. — Comme je l'ai démontré, les indications de la médication hypotensive sont aussi importantes que nombreuses dans des maladies en apparence les plus disparates. Pour combattre l'hypertension artérielle, pour modérer la « violence de l'impétus du sang » ou pour diminuer encore cette « pléthore sanguine » dont parlaient tant les anciens auteurs, on avait pensé, et de nos jours quelques médecins pensent encore à l'usage des saignées générales plus ou moins copieuses, plus ou moins répétées. Mais, il y a un fait sur lequel on est maintenant d'accord : c'est la constance et même la stabilité relative de la tension vasculaire à la suite des émissions sanguines. Après une saignée, l'abaissement de la tension artérielle est un phénomène transitoire, peu appréciable, parce que l'état de la tension vasculaire dépend bien moins de la masse sanguine que des résistances périphériques dues à l'élasticité et surtout à la contractilité artérielles.

Dans les maladies du cœur, l'insuffisance car diaque ne vient pas seulement du moteur central, ni de ses lésions dégénératrices ou de sa faiblesse, elle est encore souvent en rapport avec les obstacles périphériques que le myocarde parvient difficilement à surmonter, et il suffit de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Alors, au moyen de la médication hypotensive, réalisée par le régime alimentaire, par les iodures, surtout par les éthers nitriques parmi lesquels la trinitrine le tétanitrol et l'hexanitrate de mannitol occupent la première place, le cœur périphérique vient pour ainsi dire au secours du cœur central, après avoir troublé et entravé son fonctionnement. (*Académie de médecine*, 5 mars 1901.)

ÉTUDE CLINIQUE

Les débuts de la fièvre typhoïde

Par Ch. Fiessinger
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Rien de malaisé comme de diagnostiquer une fièvre typhoïde à ses premiers jours. Le praticien, en face d'une malade qui a de la fièvre, se plaint de courbature et de maux de tête, se trouve fort empêché. — S'agit-il d'un embarras gastrique fébrile, d'une grippe ? Si le malade souffre de la gorge, est-ce une amygdalite simple ou une amygdalite symptomatique d'un fièvre typhoïde commençante ? En temps d'épidémie typhique, la question a droit de se poser. Je laisse de côté le début par pneumonie. Il est rare.

A la suite de l'accouchement, la fièvre s'élève. Les uns gagent pour une septicémie puerpérale, d'autres pour une fièvre typhoïde et ce sont ces derniers qui

Digitized by Google

ont raison. J'ai relevé une observation de cet ordre. Une malade souffre de douleurs vives dans quelques articulations. Les genoux sont très douloureux à la pression. Un rhumatisme articulaire se déclarerait-il? Non, c'est une fièvre typhoïde. Un autre ne se plaint que de toux et d'une légère courbature. Une bronchite, sans doute? Encore une fièvre typhoïde. Un quatrième présente quelques jours de fièvre. On songe à la fièvre typhoïde. Dès le 5e jour, la température tombe. Ce n'était donc qu'un embarras gastrique fébrile. Suivent maintenant dix jours d'apyrexie complète : on croit le malade guéri ; pas du tout. Il retombe et prend cette fois une fièvre typhoïde vraie. La maladie avait évolué en deux temps : embarras gastrique fébrile d'abord, fièvre typhoïde ensuite. Entre les deux, période de santé à peu près parfaite.

C'est le récit de ces maladies qui me paraît aujourd'hui offrir matière à quelques considérations pratiques.

Voici d'abord l'histoire d'une jeune femme de 31 ans :

Elle est enceinte de 9 mois et depuis quelques jours se sent mal à l'aise. Le jour de l'accouchement, la poche des eaux se rompt et dégage une odeur infecte. Après l'accouchement, température 37°8. Deux jours plus tard la température monte à 40° et se maintient les jours suivants entre 39° et 40°. Nous voyons la malade le 6 octobre; elle avait accouché le 24 septembre, c'est-à-dire 12 jours auparavant.

Le ventre est météorisé, couvert de quelques taches rosées. La rate est grosse, les urines renferment de l'albumine. Si un accouchement ne s'était produit dans la quinzaine précédente, nous aurions conclu tout de suite à une fièvre typhoïde. Mais cette fièvre survenant 48 heures après l'accouchement et faisant suite à la rupture d'une poche des eaux fétide, que signifiait-elle ? L'utérus serait-il véritablement indemne ? A l'examen, il se montre souple, bien revenu sur lui-même, non douloureux. Aucune odeur aux lochies. Nous nous contentons de prescrire des injections vaginales, attendant pour recourir à une injection intra-utérine que les symptômes locaux soient plus prononcés. Ceux-ci ne s'aggravent pas. La fièvre typhoïde, traitée par les enveloppements dans le drap mouillé toutes les 3 heures, chaque fois que la température atteint ou dépasse 39°, la fièvre typhoïde poursuit son cours habituel, traversée à la période d'état par une congestion pulmonaire et dans la convalescence, par une double phlébite laquelle prit position après une série de frissons répétés suivis de sueurs qui firent craindre à un moment donné la production d'une infection septicémique. La malade guérit dans la sixième semaine.

Si, dans certaines circonstances, on a pu songer à une septicémie puerpérale, c'est dans d'autres l'idée d'un rhumatisme articulaire qui vient tout d'abord à l'esprit.

Mlle M..., âgée de 24 ans, vers le 15 janvier, est prise de toux et de coryza. Les jours suivants : lassitude générale, douleurs dans les reins. Les genoux deviennent le siège d'une douleur très vive, la malade ne peut marcher ; la pression des deux genoux faite par nous le 28 janvier, est également très douloureuse. La jointure, par contre, ne semble pas tuméfiée et les autres articulations du corps restent indemnes. Le premier diagnostic qui se laissa entrevoir fut début de rhumatisme articulaire aigu consécutif à une grippe. Néanmoins des réserves s'imposaient. La température marquait 40°. C'est un chiffre thermique bien élevé pour un simple rhumatisme — ou bien s'il arrive que ce degré soit atteint, c'est lors des complications cérébrales du rhumatisme. Notre malade conservait toute sa connaissance et, sauf une certaine céphalée, n'accusait aucun trouble du cerveau. Son ventre, d'autre part, n'était pas météorisé, mais la rate était grosse. Nous prononçons donc le mot de fièvre typhoïde à début anormal, nous réservant de justifier notre opinion les jours suivants Les compresses de salicylate de méthyle prescrites en application sur les deux genoux demeurèrent sans effet; le lendemain, 29 janvier, la douleur persiste, part des genoux pour irradier dans les jambes, envahit les bras, sans que les articulations du membre supérieur soient atteintes. Température : matin 40° et 40°1 soir. La malade prend le matin, à une 1/2 heure d'intervalle, 2 cachets de 0 gr. 50 de sulfate de quinine. 30 janvier, T. m. 39°5, T. s. 39°5. Les genoux ne sont plus douloureux à la pression, mais tout le corps est endolori. Nous prescrivons l'enveloppement dans le drap mouillé toutes les 3 heures; le 3 février, l'apparition de taches rosées sur le ventre, lequel se météorise peu après confirme le diagnostic. Le quinzième jour se produisit une hémorrhagie intestinale à répétition et la malade succomba le vingt-cinquième jour à une péritonite par perforation, malgré le repos complet auquel elle avait été soumise dès la permière perte de sang.

La confusion avec la grippe est plus fréquente. Le séro-diagnostic n'étant pas à la portée du praticien de campagne, une observation minutieuse du malade est nécessaire.

M. D. P , 31 ans, tombe malade brusquement. Le 11 septembre il se couche avec de la courbature et de la toux. Le 12 septembre des râles humides occupent les bases des deux poumons ; la température marque 39°. Le ventre est souple. En faveur de la grippe, opine le début brusque, l'atteinte immédiate des bronches, l'absence de signes abdominaux. On traite le malade par les infusions chaudes, de la quinine. Le 21 septembre seulement l'état se précise, quelques taches rosées se montrent, le ventre se météorise, une hémorrhagie intestinale apparaît le 22 septembre. La convalescence s'établit le 24e jour, mais le malade livra prise à une rechute après quelques jours d'apyrexie et y succomba.

La fièvre typhoïde comme suite à un embarras gastrique fébrile n'est guère signalée.

L'observation suivante nous semble curieuse à cet égard.

M. D., 35 ans, manœuvre au P.-L.-M., depuis le 6 janvier dort mal, souffre de la tête, se plaint de douleurs dans le côté.

Le 11 janvier, T. m. 39°, T. s. 39°5. Ventre souple, bronches libres, langue blanche. Le malade est purgé et prend de la quinine (2 cachets de 0 gr. 50). 12 janvier, T. m. 39°, T. s. 39°. 13 janvier, T. m. 39°5, T. s. 39°. 14 janvier, T. m. 38°5, T. s. 38°. 15 janvier, T. m. 37°5. Suivent 10 jours où la température du matin n'atteint pas 38°, celle du soir oscillant entre 38° et 38° 1/2. Le 27 janvier, T. s. 40°1. Le 28 janvier, T. m. 39°, T. s. 39°. Le 29 janvier, T. m. 39°8, T. s. 40°. Le 30 janvier, T. m. 39°8.

Digitized by Google

Le malade entre à l'hôpital où il fait sa maladie en 15 jours. Soit chez lui l'infection typhique s'opérant en deux reprises séparées par un intervalle apyrétique de 10 jours.

Toutes ces anomalies au début de la fièvre typhoïde ne sauraient être l'objet de trop d'attention, car la fièvre typhoïde n'est justiciable que d'un traitement: l'eau froide sous forme de bain à 22° — ou du drap mouillé. Qu'on attende, qu'on laisse écouler le premier septenaire, il est parfois trop tard pour intervenir. Vers le sixième ou septième jour, le praticien doit avoir opté dans son diagnostic. En tenant compte de la constitution médicale ambiante, de la prédominance des signes généraux et de la fièvre sur les symptômes locaux, il arrivera le plus souvent à asseoir son opinion. Se tromperait-il qu'il n'aurait porté nul préjudice à son malade en le baignant ? A condition, toutefois, qu'avant de s'engager il ait pris soigneusement ses références.

Car j'ai vu une erreur de diagnostic commise en pareil cas et qui ne laissa pas d'être préjudiciable à celui qui l'avait commise ; une femme de 40 ans, atteinte de toux et de fièvre. Le médecin conclut à une fièvre typhoïde. C'était une tuberculose à forme subaiguë qui évolua en trois mois. L'oppression initiale éprouvée par la malade aurait peut-être pu faire éviter l'erreur. Car si dans la fièvre typhoïde au début, le malade tousse, il ne présente toutefois qu'une oppression très modérée, tandis que dans la tuberculose, la respiration est au contraire beaucoup plus gênée. Il faut ajouter que parfois les nuances sont si insaisissables qu'il est bien difficile de ne pas se laisser abuser.

Au praticien d'user de tact dans ces cas difficiles et de se réserver une porte de sortie, en cas d'erreur de sa part. En médecine, le terrain fuit continuellement sous nos pas. Les diagnostics les mieux assis risquent de recevoir leur démenti.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le safran, médicament eupeptique

Par Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine.

Au cours d'articles sur d'anciennes préparations pharmaceutiques complexes, dont le safran fait partie, cette phrase reviendra plusieurs fois sous ma plume : « Le safran est eupeptique ». Ses pistils renferment non seulement une huile essentielle emménagogue, mais aussi un glycoside amer — la picrocrocine — auquel il est redevable de ses vertus chloruro et chlorhydro-peptiques.

La chlorhydrie qu'il suscite accélère l'absorption du fer des pilules safrano - chalybées et aide l'estomac à tolérer pendant longtemps sans révolte les fleurs de benjoin et les acides benzoïque et cinnamique du baume de tolu ou du Pérou qui entrent, avec le safran, dans la masse des pilules balsamiques de Morton.

La vieille confection d'hyacinthe, réputée stomachique, était un électuaire au safran, à la myrrhe, au santal rouge, à la cannelle, au dictame, à la terre sigillée et aux yeux d'écrevisses. Il existait dans la pharmacopée danoise un électuaire analogue où le safran était mélangé avec l'anis et le carbonate de magnésie. Le cardamome, le mastic, le nard, le fenouil se rencontraient avec le safran, avec le santal et la cannelle, dans une poudre aux mêmes usages de la pharmacopée sarde. Rosenstein a imaginé contre la flatulence des enfants une poudre de safran, de carvi, de magnésie, d'iris et de réglisse.

Le safran est un des éléments de plusieurs élixirs vantés dans les dyspepsies atoniques : de l'élixir de drogues amères des Indes, de l'élixir de Lelièvre, de l'élixir tonique de Pierquin, de l'élixir de longuevie, de l'élixir dit de quinquina et de safran, de la liqueur cordiale de Warner, de l'élixir de Garus, très probablement des liqueurs de la Grande-Chartreuse.

L'essence balsamique de Cadet est stomachique par le safran, par la cannelle, par l'extrait de fiel de bœuf, un peu laxative par le méchoacan, par l'élémi et l'aloès, expectorante et anti-catarrhale par le baume du Pérou, par les fleurs de benjoin et par le cubèbe.

Dans l'eau spiritueuse d'Anhalt, renommée dans les dyspepsies atoniques, le safran tient son rang à côté de la cannelle, du girofle, de la muscade, des semences de fenouil et autres.

Le safran d'Orient figurait avec l'ambre gris, avec le musc et l'opium, dans les pilules de P. Poter contre les « cardialgies opiniâtres »; avec l'ambre, le musc, le storax, la muscade, le macis, l'écorce d'orange, le basilic, le girofle, dans les pastilles divines; tout simplement avec la cannelle et la magnésie décarbonatée dans les bols stomachiques de Parmentier.

Pour les uns, le safran est un eupeptique plutôt constipant, qu'ils utilisent, avec des astringents, même dans les diarrhées chroniques; pour d'autres, un eupeptique plutôt relâchant (pilules de Rufus, de Holloway, pilules de vie).

C'en est assez. Aussi bien je n'ai voulu que rappeler à l'attention des praticiens un eupeptique oublié, délaissé, que les anciens employaient souvent comme adjuvant d'autres eupeptiques dans les troubles digestifs de toute sorte.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Le Tétronal. — C'est un diethylsulfure-diethylmethane qui s'obtient en remplaçant dans la préparation du sulfonal l'acétone ordinaire par le diethylacétone.

C'est un corps sans odeur ni saveur, il est peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude.

La solubilité dans l'alcool, l'éther, le chloroforme est sensiblement la même que celle du trional. Il est soluble à froid dans l'acide sulfurique, la paraldehyde. Son activité paraît supérieure à celle du trional, ou du sulfonal, on en retrouve à peine les traces dans l'urine. En solution, l'effet hypnotique est plus prononcé, mais plus passager.

Les affirmations de Baumann et Kart qui en font un hypnotique supérieur au sulfonal ne sont pas encore assez vérifiées.

MM. Barth et Rumpel disent que les indications thérapeutiques du tétronal sont probablement les mêmes que celles du sulfonal, et que, dans quelques états nerveux réfractaires à celui-ci, il a été plus efficace. Sur 220 cas, il n'avait produit aucun phénomène fâcheux. Il est sans action sur le délire alcoolique, même à la dose de 4 grammes par jour.

On l'ordonne sous forme de cachets de 0,50 centigrammes, et à la dose de 1 gramme par jour. — S. R.

MÉDECINE INFANTILE

Coqueluches frustes et coqueluches ignorées. — La coqueluche n'a pas toujours l'allure clinique spasmodique et quinteuse classique et déjà Trousseau avait indiqué des cas où le spasme caractéristique avait manqué pendant toute la durée de la maladie : c'est la coqueluche sans quintes, coqueluche fruste, à rapprocher des morbilli sine morbillis, des scarlatines sans éruption, etc. M. Rousseau-Saint-Philippe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1901, n° 6) a vu, par ailleurs, nombre de faits où la quinte était remplacée par de l'éternuement — coqueluche sternutatoire — ou par une sorte de hoquet, de spasme tronqué, comme étranglé — coqueluche expiratrice — ou enfin par une toux simplement tenace, opiniâtre, fatigante — coqueluche grippoïde.

On risque de méconnaître, dit-il, la spécificité de la maladie si l'on n'a pas ces formes présentes à la mémoire. On la méconnaît plus sûrement si l'on n'assiste pas à la quinte ou si l'on s'en remet au dire des parents, moins bons juges encore, en admettant même qu'ils ne s'entêtent pas dans le sens opposé.

Or les conséquenses de ce défaut, de cette erreur dans le diagnostic nosologique peuvent être très fâcheuses pour le malade. On sait avec quelle facilité se font chez les enfants les infections secondaires, qui aggravent singulièrement la maladie primitive. Chez les coqueluchéux non reconnus, la bronchite, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, l'emphysème, s'installent lentement, mais sûrement, revêtant la forme subaiguë et parfois chronique. On dit que les enfants ne cessent pas de s'enrhumer et que leurs « rhumes » sont interminables. Leur état général périclite, la nutrition laisse à désirer, les forces s'en vont, ils maigrissent, se voûtent et s'étiolent. On parle de tuberculose et on les gorge d'huile de foie de morue.

Si l'on pratique l'auscultation, les signes sont rarement négatifs. On trouve surtout des râles sonores. Mais on trouve aussi des râles sous-crépitants disséminés à la partie moyenne des deux poumons, ou aux deux bases, où siègent les lésions bronchitiques et atélectasiques, tandis que l'emphysème pulmonaire, dit vicariant ou compensateur, siège au sommet et en avant. Parfois on n'entend rien ou presque rien. C'est que l'enfant respire mal ou insuffisamment, que les lésions sont centrales et masquées par des lames de poumon aéré et perméable. Qu'on provoque à l'aide d'un artifice quelconque (cri, toux, inspiration forcée) le déplissement total de l'organe, on arrivera aisément à déceler des bouffées de râles fins, du souffle sifflant, des signes évidents de phlegmasie pulmonaire. Du côté du cœur, par la percussion, on reconnaîtra l'exagération de volume, la dilatation, portant surtout sur les cavités droites, qu'un léger retentissement du premier bruit à l'auscultation et une coloration violacée, pseudo-cyanotique des lèvres et du visage viendront confirmer. Fréquemment, on trouve du côté du naso-pharynx des signes de catarrhe ancien, avec sécrétion abondante. Parfois les amygdales sont hypertrophiées ; d'autres fois, c'est le tissu adénoïdien. Le thorax est étroit et bombé, les épaules hautes, la respiration courte, un peu comme chez les asthmatiques adultes.

Ces faits, qui constituent proprement la coqueluche *prolongée*, sont relativement fréquents. Ils existent à tout âge, mais de préférence chez des enfants de trois à dix ans. M. Rousseau Saint-Philippe en a trouvé chez qui la coqueluche durait depuis cinq et six ans. « Je connais un jeune garçon, dit-il, qui a maintenant quinze ans et qui a encore la coqueluche depuis l'âge de trois ans. Trois fillettes qui avaient

Digitized by Google

une coqueluche ancienne étaient porteuses l'une d'une bronchectasie, l'autre d'une trachéo-laryngite grave, l'autre de la congestion chronique de la base du poumon droit.

Le diagnostic avec la tuberculose est très difficile, mais on pourra se baser sur les signes suivants :

Rechercher attentivement la coqueluche dans les antécédents. On s'informera si l'enfant crache (les enfants qui crachent, sauf de rares exceptions, sont des coquelucheux plus ou moins vieux); s'il vomit le matin au réveil; s'il est réveillé, surtout la nuit, par de la toux qui dure; s'il a quelquefois des épistaxis. On recherchera si le thorax n'est pas un peu déformé, si le visage n'a pas conservé un certain degré de bouffissure, si le frein de la langue ne présente pas une petite plaie cicatricielle.

On aura surtout recours au *grattage de la trachée*. Ce moyen qui n'est pas suffisamment indiqué par les auteurs, mérite de prendre rang parmi les meilleurs modes d'investigation dont on puisse user. Il consiste à peser avec le pouce sur la partie médiane de la trachée et à imprimer à l'appareil un mouvement brusque de déplacement de droite à gauche et de gauche à droite. La toux part, le spasme se produit avec violence, comme si un déclenchement se produisait; et si l'on insiste, on amène de véritables quintes suivies d'expulsion et parfois de vomissements. La coqueluche ne peut faire de doute.

Le diagnostic posé, il faut abandonner tout traitement général et donner *tous les soins* au traitement local qui devra consister surtout en révulsifs sur la peau et sur l'intestin. Déloger ensuite par les vaporisations phéniquées répétées matin et soir le parasite (que la bactériologie n'a pas encore trouvé, mais que la clinique démontre) et dont les colonies sont accrochées aux parois de l'arbre respiratoire. Renforcer le cœur mou et dilaté, que les crises ont affaibli, par de la caféine et de la kola : puis envoyer votre petit malade au grand air et s'il est possible à la montagne où il trouvera aussi une cure thermale à faire. Remonter son état général. — S. R.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement de l'ecthyma. — Dans les formes congestives de l'ecthyma, il n'y a pas de thérapeutique active. Elle consiste en pansements humides pour faire tomber les croûtes et régulariser la circulation locale, et en antisepsie pour éviter les inoculations nouvelles. M. Sabouraud (*La Pratique dermatologique*) conseille les solutions suivantes :

Eau bouillie camphrée à saturation et filtrée.	1 litre
Safran	0 gr. 40
Sulfate de zinc	7 grammes
— de cuivre	2 —

En quelques jours, les lésions épidermiques se sèchent et on protégera l'épiderme nouveau avec une pommade du type suivant :

Oxyde de zinc	1 gramme
Calomel	0 gr. 20
Vaseline	20 grammes

La durée de la guérison est de 10 à 12 jours.

Aux doigts, il faudra abraser aux ciseaux des lambeaux épidermiques de la phlyctène ecthymateuse, avec des ciseaux fins posés à plat sur la peau. Une fois le petit ulcère épidermique mis à nu, on le détergera avec un petit tampon imbibé de solution de nitrate d'argent au 1/20.

Dans certaines formes ulcéreuses torpides évoluant comme un ulcère de la jambe, et dans lesquelles le bourgeonnement cicatriciel tarde à se faire, on détergera avec de l'eau bouillie tiède ou un antiseptique léger comme une solution d'oxycyanure d'hydrargyre au 1/5000, en projetant un jet assez fort avec une seringue.

On saupoudre ensuite avec de la poudre de sous-carbonate de fer, on recouvre de coton hydrophile et on laisse le pansement en place pendant vingt-quatre heures.

Quand la cicatrisation est aux trois-quarts effectuée, on applique des emplâtres occlusifs aseptiques à l'oxyde de zinc, à l'huile de foie de morue. On peut, de même, recouvrir au pinceau, la cicatrice en voie de se faire par une couche de vernis antiseptique, tel que le Baume du Commandeur. — S. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par la quinine. — Il semble que, depuis quelques mois, la thérapeutique du cancer inopérable soit entrée dans une voie nouvelle et qu'une lueur d'espoir puisse être apportée aux malheureux qui en sont atteints et aux médecins chargés de les soigner.

Nous devons ces progrès à la théorie parasitaire du cancer, plus fertile en conceptions nouvelles que l'inexorable doctrine anatomo-pathologique.

Nombre d'auteurs admettent aujourd'hui que le cancer est dû à l'infection de l'organisme par des parasites végétaux ou animaux. La culture de ces divers parasites a permis d'obtenir différents sérums anticancéreux, dont le plus connu à l'heure actuelle est celui du Dr Wlaeff.

D'autre part, on peut supposer, avec Metchnikoff, qu'il s'agit plutôt de parasites animaux (protozoaires) analogues à ceux du paludisme et pour lesquels la quinine est un poison. C'est en s'appuyant sur cette notion que M. Jaboulay, de Lyon, a obtenu des

Digitized by Google

résultats encourageants dans le traitement des tumeurs malignes par l'usage de la quinine. M. Launois en rapporte un nouvel exemple, montrant que ce médicament peut rendre de précieux services dans des cas de ce genre *(Société de Chirurgie*, 20 février) :

Une femme de 50 ans entre le 19 novembre 1900 à l'hôpital, atteinte d'un large carcinome ulcéré du sein, avec nodules sous-cutanés sur la limite de la peau saine ; ganglions axillaires engorgés, impotence fonctionnelle des membres inférieurs, douleurs dans le dos et les membres inférieurs faisant craindre une généralisation de la tumeur aux corps vertébraux.

En raison des caractères que présentait la tumeur, de sa généralisation probable, du mauvais état général de la malade, toute intervention curative était impossible. M. Launois, dans le service duquel elle est placée, eut d'abord recours à la morphine pour calmer les douleurs ; puis, dès le lendemain il commença les injections sous-cutanées de chlorhydro-sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 50 puis 0 gr. 25 par jour. Depuis le 20 novembre jusqu'au 10 février, la malade reçut ainsi 16 grammes de sel soluble de quinine en 54 injections. L'état local était alors fort satisfaisant. L'ulcération du sein était en voie de cicatrisation, les nodules de carcinose cutanée, les ganglions axillaires avaient presque disparu. Les douleurs avaient cessé ; le sommeil était revenu ; la malade mangeait avec appétit et pouvait rester levée pendant plusieurs heures. L'amélioration a depuis continué.

Quelle que soit l'opinion que nous ayons sur l'origine du cancer, en présence d'un cas fatal, nous sommes autorisés à essayer une médication qui peut donner un résultat aussi favorable, et est d'ailleurs inoffensive.

TOXICOLOGIE

Accident mortel dû à l'emploi de l'eau oxygénée. — M. C. Moreau *(Acad. royale de Belgique)* partage la manière de voir de ceux qui considèrent l'emploi de l'eau oxygénée comme un excellent moyen de traitement de l'infection des plaies. Il faut cependant reconnaître qu'à côté des avantages qu'il offre, l'usage de ce liquide présente des inconvénients, tels, par exemple, le danger d'explosion, l'altération des parties en caoutchouc ou en cuir des instruments qui servent à l'utiliser ; telle encore, et ceci est plus important, la douleur vive et prolongée que les irrigations font éprouver aux patients. Mais, en dehors de ces désagréments, l'auteur craint qu'il existe un danger plus grand, non encore signalé, pouvant mettre en péril la vie du patient. Cette crainte a été la conséquence d'une mort rapide survenue, par hémorrhagie secondaire foudroyante s'étant produite dans le moignon d'une amputation de cuisse, huit jours seulement après l'opération. Se basant sur l'influence destructive de l'eau oxygénée, M. Moreau s'est demandé si ce n'était pas à cette influence sur le catgut employé pour la ligature des gros vaisseaux et à la désagrégation ultérieure des caillots obturateurs sous la même action qu'il fallait rapporter l'accident. Des recherches *post-mortem* n'ayant pu être faites sur le moignon, M. Moreau plaça des fragments de catgut analogues à celui qui avait été utilisé au cours de l'opération, l'un dans un tube contenant du sérum artificiel, l'autre dans un tube renfermant de l'eau oxygénée. Cette expérience prouva l'influence désorganisatrice de l'eau oxygénée sur le catgut, qui reste au contraire inaltéré dans le sérum artificiel. De là, l'auteur pense que sa crainte peut se justifier, et il formule les deux conclusions suivantes :

I. Il est dangereux d'irriguer d'eau oxygénée une plaie d'amputation dans laquelle les ligatures ont été faites au moyen de catgut.

II. Si, pour certaines raisons, on craint de devoir recourir à ces irrigations dans la suite du traitement, il serait prudent, au cours de l'opération, d'employer pour ligaturer les gros vaisseaux un autre lien que le catgut, soit, par exemple, de la grosse soie tressée.

ODONTOLOGIE

Traitement des douleurs de la carie dentaire. — Le médecin peut être quelquefois appelé à intervenir en cette circonstance, et nous croyons utile d'indiquer d'après le Dr Redier le *modus faciendi* le meilleur, en attendant soit l'arrivée du dentiste, soit que le malade puisse se faire soigner les dents. Les mixtures calmantes qui sont préférables sont les suivantes :

1° Teinture de benjoin du Codex		6 grammes
— d'opium	ãã	2 —
Chloroforme		

ou

2° Teinture de benjoin du Codex		4 grammes
— d'opium	ãã	2 —
Chloroforme		
Créosote pure		

Cette seconde formule, malgré sa saveur désagréable et persistante, s'applique surtout aux cas rebelles, lorsque la sensibilité est excessive.

Ces mixtures serviront à faire un pansement dans la cavité de la dent que l'on aura préalablement nettoyée et asséchée. On introduit dans la cavité dentaire un petit tampon de coton hydrophile imbibé d'une de ces mixtures, puis pour qu'il y reste, on le recouvre d'un second tampon imbibé d'une substance résineuse dont la résine au contact de la salive, se précipite dans les mailles du coton et forme avec lui une petite masse consistante, glutineuse, adhérent aux parois de la cavité et plus ou moins imperméable.

Digitized by Google

Voici deux formules de mixture :

A. Mixture occlusive au benjoin :

Benjoin de Siam..... } àà
Alcool à 80°..... }

Faites dissoudre, laissez reposer et décantez.

B. Mixture occlusive à la sandaraque :

Camphre.....	2	grammes
Résine mastic.....	5	—
Baume du Pérou..	2	—
Résine sandaraque..	30	—
Ether à 65°..... ..... }	àà 40	—
Alcool à 90°..... }		

Faites dissoudre les résines pulvérisées dans le mélange d'alcool et d'éther ; agitez fréquemment, laissez déposer et décantez.

La première formule est la plus couramment employée, la seconde donne un pansement plus dur et surtout plus collant et doit être réservée pour les cas où la cavité est largement ouverte et peu profonde.

Les pansements peuvent être laissés en place 48 heures et renouvelés suivant les besoins. Le traitement ultérieur de la carie dentaire est du ressort du dentiste et non du médecin. Cette opinion cependant, nous ne l'exprimons qu'à regret, car dans les endroits où il y a un dentiste, la chose est facile, mais comme ce n'est pas toujours le cas dans nos campagnes, il serait très utile que le médecin, au lieu de se servir de l'éternelle clef de Garengeot pour l'ablation de toute dent cariée et douloureuse, fût à même de pouvoir faire de la « chirurgie conservatrice » et pût obturer une cavité dentaire. Si les résultats n'en étaient pas satisfaisants, il serait toujours temps d'avoir recours à la clef de Garengeot. Mais j'estime que, sans être un artiste en la matière, un médecin, éloigné de tout dentiste, pourrait fort bien conserver un peu plus de dents que cela ne se fait ordinairement. L'avantage que les malades y trouveraient compenserait largement les soins que leur coûterait la conservation de leur dentition. — S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Discussion sur l'appendicite. — M. Kelsch considère l'appendicite comme une maladie générale primitive, à localisation secondaire restreinte à l'appendice. Elle consiste en un processus le plus souvent chronique, traversé par des recrudescences aiguës, que suscitent des causes adjuvantes diverses. Cette maladie est, sans doute, plus commune que nous ne le pensons. Bien des indispositions abdominales, des coliques plus ou moins fébriles, ne sont sans doute que des poussées d'appendicite larvée, appelées à s'éteindre définitivement sans bruit, ou en des scènes tumultueuses qui nécessitent l'intervention.

A côté de ces appendicites dues à une infection générale, il en existe d'autres déterminées par des causes purement locales : traumatismes, corps étrangers, coprostases.

M. Dieulafoy répond à M. Championnière, au sujet des hématémèses toxi-infectieuses de l'appendicite déjà signalées par plusieurs auteurs, qu'il n'ose faire le lavage de l'estomac dans le crainte de détruire le caillot obturateur d'une ulcération gastrique et provoquer une nouvelle hémorrhagie ; et il partage son opinion, quant à l'intervention chirurgicale.

M. Championnière. — Ces hématémèses, que l'on observe assez rarement dans l'infection appendiculaire, sont dues à une suffusion sanguine à la surface de la muqueuse gastrique, et non à une véritable ulcération. Elles ne sont donc pas comparables à l'hémorrhagie de l'ulcus simplex, d'où la bénignité et l'utilité du lavage de l'estomac dans le premier cas. *(26 février.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtérique. — M. Talamon rapporte un certain nombre d'observations de pneumoniques traités par cette méthode ; il termine sa communication par les conclusions suivantes :

Un fait ressort de la lecture de mes observations, c'est la parfaite innocuité du sérum antidiphtérique. J'ai injecté des doses énormes de ce sérum à certains de mes pneumoniques, doses qu'on n'a jamais jusqu'ici employées dans le traitement de la diphtérie, — jusqu'à 200 et 260 centimètres cubes en quelques jours, — et cependant je n'ai noté d'autres accidents que les phénomènes postsériques bien connus, éruption érythémateuse et douleurs articulaires. Et ces accidents, je ne les ai observés que 5 fois sur mes 50 malades.

Deux fois, l'érythème papuleux, surtout marqué au niveau du ventre, autour des poignets, des coudes, des genoux et des cous-de-pied, ne s'est accompagné que de quelques douleurs vagues. Une fois, il y a eu des douleurs musculaires très vives généralisées, avec agitation fébrile. Deux fois, en même temps que l'érythème, on constatait des douleurs articulaires, avec gonflement léger, surtout au genou, aux poignets et aux petites jointures des doigts. Ces accidents se sont produits, comme dans la diphtérie, vers le 10e ou 12e jour après la première injection. Ils ont disparu au bout de 4, 5 et 6 jours au plus. Il n'y a pas eu d'albumine dans l'urine au moment de l'éruption. Les enveloppements au salicylate de méthyle calment très bien les douleurs musculaires et articulaires.

Ces malades, âgés respectivement de 40, 46, 48, 52 et 5 ans, avaient reçu : 2 des doses moyennes de sérum, 60 et 80 centimètres cubes ; les 3 autres des doses considérables, 120, 140 et 260 centimètres cubes.

La quantité de sérum injectée doit elle être rendue responsable des accidents ? Peut-être pour les 3 derniers,

Digitized by Google

Cependant, un autre malade, âgé de 73 ans, a reçu la dose de 140 centimètres cubes sans présenter la moindre éruption post-sérique. Et quant aux doses de 60 et 80 centimètres cubes, elles n'ont donné d'accidents que 2 fois sur 15 cas où j'ai employé 3 à 4 injections de sérum.

Il y a donc autre chose que la quantité ; il faut faire la part de l'idiosyncrasie du sujet et peut-être aussi de la qualité du sérum. Je noterai que, 3 fois sur les cinq cas, les accidents sont survenus en quelque sorte simultanément, chez 3 malades entrés dans la même semaine, le 1er, le 3 et le 7 mai, et traités par conséquent avec des échantillons de sérum provenant d'un même envoi.

Quoi qu'il en soit, un de ces 5 malades, celui qui a reçu 260 centimètres cubes de sérum, a succombé au 33e jour de sa pneumonie. L'éruption très intense s'est produite, sans douleurs articulaires, du 23e au 28e jour de la maladie. Elle avait disparu complètement quand le malade est mort. Il n'y a eu ni albuminurie, ni élévation thermique au moment où elle s'est faite. Il me paraît difficile de lui attribuer la moindre part dans la terminaison mortelle. Elle a été un simple épisode au milieu d'un état très grave qui existait avant, et qui a persisté après, et qu'expliquent suffisamment l'alcoolisme, l'artério-sclérose et les lésions constatées à l'autopsie.

En dehors de ces épiphénomènes cutanés et articulaires, je n'ai observé aucun accident qui puisse contre-indiquer l'emploi du sérum. Les lésions rénales et cardiaques, l'artério-sclérose sont les tares organiques qui, dans une médication comme la sérothérapie, commandent le plus de *réserve*. Presque tous mes malades au-dessus de 40 ans étaient artério-scléreux. Je n'ai cependant noté aucun trouble cardiaque imputable au sérum, aucun signe de défaillance du cœur, même chez les 6 malades âgés de 60 et 75 ans. Deux d'entre eux présentaient à leur entrée une arythmie désordonnée, un homme de 55 ans et un vieillard de 73 ans. Cette arythmie sans souffle a persisté jusqu'à la défervescence. Non seulement, elle n'a pas été aggravée par les injections de sérum, 60 centimètres cubes chez l'un, 140 centimètres cubes chez l'autre ; mais elle a disparu complètement pendant la convalescence.

Quant à l'albuminurie, elle est constante dans la pneumonie. Je l'ai surveillée presque chaque jour chez tous mes malades. Je n'ai pas vu qu'elle fût plus marquée après les injections, ni plus persistante. Elle disparaît, comme il est de règle, sitôt la fièvre tombée. Dans un seul cas, elle était liée à une néphrite saturnine, chez un peintre en bâtiments. Ce malade, qui a reçu 80 centimètres cubes de sérum, est mort au 13e jour avec de l'hypothermie à 36°6 et 35°8. La pneumonie était suppurée. Faut-il attribuer l'hypothermie ultime au sérum ? Ce cas unique ne peut trancher la question. Mais il n'est pas douteux que, chez les brightiques, il convient d'user avec prudence du sérum comme de tout médicament actif. La même réserve s'impose aussi sans doute chez les hépatiques.

Je ne fais de restriction que pour ces deux catégories de malades. Chez tous les autres on peut, je crois, employer le sérum sans crainte. Et si l'on veut obtenir un effet utile, il faut le faire largement d'emblée, sans tâtonner, ni hésiter. J'estime qu'en règle générale, 2 à 3 injections de 20 centimètres cubes chacune sont nécessaires au-dessous de 50 ans ; 4 à 5, au-dessus de 50 ans. C'est là, on le comprend, une moyenne qui variera suivant les malades. Une seule injection peut suffire dans certains cas ; d'autres fois 6 et 7 seront nécessaires.

C'est la marche de la température qui doit servir de guide.

D'ordinaire, chaque injection est suivie le lendemain d'un abaissement de la température matinale. Si la température continue à décroître le soir, une nouvelle injection est inutile. Si elle remonte dans la soirée, il faut injecter de nouveau 20 centimètres cubes.

La quantité de sérum nécessaire est d'autant moindre que le traitement est institué plus précocement. Une pneumonie traitée dès le premier jour ne doit pas demander plus de 20, 40 ou 60 centimètres cubes de sérum, suivant l'âge du malade.

Quand la pneumonie s'annonce très grave chez des sujets débilités, misérables, dans les pneumonies adynamiques, avec aspect typhoïde, il ne faut pas hésiter à faire d'emblée deux injections de 20 centimètres cubes, une le matin, une le soir, et à répéter la même dose le lendemain si la température n'est pas modifiée. Les jours suivants, on se contentera d'une seule injection, si l'amélioration ne se dessine pas.

Quelle que soit la pneumonie, la double injection me paraît indispensable si l'on n'a pas pu intervenir avant le troisième jour.

Je crois qu'en suivant ces règles, on peut, par l'emploi du sérum antidiphtérique, abréger la durée de la pneumonie, supprimer ou du moins réduire les chances de complications, et abaisser la mortalité de cette maladie aux environs de 10 p. 100. Je doute qu'aucun autre traitement puisse faire mieux, ni même autant.

D'autre part, il y a des pneumonies qui sont un arrêt de mort. On ne guérit pas la pneumonie chez un asystolique, chez un brightique, chez un acétonémique. Je doute que, même institué dès le premier jour, le sérum permette de faire appel de cet arrêt. Il ne faut pas demander l'impossible à une médication. Même dans la diphtérie, le sérum antidiphtérique n'est pas infaillible. Il peut bien échouer aussi parfois dans la pneumonie.

Ce qu'on doit retenir, c'est que sur 25 pneumoniques de tout âge traités avant le 5e jour, il n'a échoué qu'une fois, chez une vieille femme de 72 ans.

Zona traumatique — M. Gaucher rapporte 3 cas de zona survenus après des traumatismes de la peau. L'éruption est apparue soit au niveau du point traumatisé, soit dans une région voisine, en rapport par ses filets nerveux

Digitized by Google

avec le tronc nerveux lésé. Ces faits montrent qu'à côté du zona d'origine médullaire, il existe un zona d'origine périphérique, qui siège exactement sur le territoire des nerfs contusionnés. (*22 février*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur le sérum de M. Wlaeff. — M. Berger résume en ces termes les résultats de son expérience sur les injections du sérum de M Wlaeff :

Les injections de sérum anticellulaire de M. Wlaeff m'ont paru tout à fait inoffensives, et les quelques accidents, de même que les complications et les aggravations que j'ai vues se produire parfois sur les sujets qui étaient soumis à leur administration, ont été indépendants de leur emploi.

J'ai le plus souvent constaté au contraire une amélioration de l'état général des sujets sur lesquels on les pratiquait : on observait un retour de l'appétit, du sommeil : les malades augmentaient de poids d'une manière souvent considérable et assez rapide ; presque toujours ils accusaient un véritable bien-être et reprenaient courage. Cette modification de l'état général, survenant chez des cancéreux inopérables, ne m'a pas paru pouvoir être rapportée uniquement, ni même principalement, à des causes morales, à la confiance inspirée par le traitement, par exemple, quoique celle-ci puisse y avoir eu une certaine part.

Les troubles fonctionnels locaux ont diminué d'une manière manifeste dans un certain nombre de cas : les douleurs ont presque toujours subi une atténuation ou un temps d'arrêt ; les hémorrhagies dont les ulcérations cancéreuses étaient le siège ont cessé de se produire ; les phénomènes de sténose même, causés par un cancer du rectum se sont dissipés.

Les phénomènes physiques eux-mêmes, dans quelques cas, se sont amendés ; j'ai vu des ulcérations siégeant sur un cancer de la langue se cicatriser ; les tumeurs diminuent parfois de volume en durcissant, comme si elles étaient le siège d'un travail de sclérose. Chez deux ou trois sujets atteints de cancer de la langue, il m'a semblé que les engorgements ganglionnaires avaient également diminué sans que je les aie vus complètement disparaître.

Je dois reconnaître d'autre part que je n'ai jamais observé ni de guérison durable, ni quoi que ce soit qui y ressemblât ; bien au contraire, toutes les fois que j'ai pu suivre les malades pendant un temps assez long, surtout après que le traitement par les injections eut été interrompu, j'ai vu la néoplasie reprendre son cours, et quelques-uns des malades soumis à ce traitement ont vu, même pendant son cours, une aggravation de leur état se produire.

Ainsi, en me fondant sur les résultats de l'examen clinique, je ne puis admettre comme prouvé que la méthode de M. Wlaeff soit une méthode de guérison du cancer, ni que les injections de sérum aient sur les néoplasies cancéreuses une action spécifique. Ce qui est certain, et c'est déjà quelque chose, c'est que ces injections ralentissent parfois dans une certaine mesure le développement de la néoplasie ; qu'elles améliorent souvent les troubles fonctionnels qui en dépendent, qu'elles relèvent les forces et l'état général du malade. A ce triple point de vue, elles méritent d'être conservées et employées dans le traitement des affections cancéreuses lorsque celles ci ne peuvent être soumises à un traitement chirurgical efficace. Celui-ci est donc actuellement encore la seule ressource certaine que nous possédions contre les néoplasies malignes. (*20 février*).

ACTUALITÉS

Les sanatoriums pour tuberculeux et l'opinion médicale en France

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le sanatorium n'est pas accepté en France avec enthousiasme ; on ne combat pas ouvertement le principe de ces établissements, car on ne peut rien contre les faits, et on ne peut opposer aux excellents résultats qu'ils ont donnés jusqu'ici, ceux obtenus par les autres modes de traitement. Les traitements médicamenteux ont tous fait faillite, les uns après les autres, et les cacodylates, vanadates et cinnamates voient, après un succès éphémère, arriver rapidement l'effondrement.

Le principe du traitement du sanatorium est accepté, mais on s'ingénie à prouver que ce traitement peut être suivi partout facilement et même en voyage.

Je ne dis pas le contraire, mais comme ce traitement pour être efficace doit être suivi *rigoureusement dans ses moindres détails*, on m'accordera que c'est au sanatorium qu'il doit acquérir toute son efficacité. Et je le prouverai.

Les grandes lignes du traitement ne sont rien ; la *théorie* est simple, facile, lumineuse ; elle tient en trois mots : air, repos, suralimentation. La *pratique* est extrêmement difficile, parce qu'elle est minutieuse, pénible même, et qu'il est peu de tuberculeux susceptibles de la suivre jusqu'au bout.

En France, l'*essai loyal du sanatorium n'a pas été fait*, et ceux qui le combattent avec le plus d'acharnement en parlent comme les aveugles parlent des couleurs : sans les connaître.

Et de quels arguments se sert-on ?

On fait valoir des raisons de sentiment et des raisons d'intérêt, voire même de patriotisme. On procède par insinuations ; et on cherche à en détourner le tuberculeux, en lui présentant le sanatorium comme un lieu dangereux pour sa santé et pour sa liberté, comme un foyer malsain et comme un retour aux léproseries du moyen âge. Pour augmenter encore l'illusion et frapper davantage l'imagination, on a créé le barbarisme *bacilloserie*.

Ce ne sont pas là, avouons-le, des procédés bien scien-

Digitized by Google

tifiques, ni de patriotisme très clairvoyant, que de battre en brèche les sanatoriums sous prétexte qu'ils sont d'invention allemande; une cause qui est combattue à l'aide de tels arguments est gagnée d'avance et facile à défendre et je n'hésite pas à m'en faire le mauvais avocat.

Quels sont donc, en détail, les arguments le plus souvent invoqués par nos confrères français pour combattre le principe du sanatorium ?

Oyez et jugez.

1° *Au sanatorium, les tuberculeux subissent le contact des autres contaminés; de plus, comme ils peuvent y recevoir leurs familles, leurs femmes ou maris, frères, enfants, etc., ces personnes peuvent se contagionner.*

On invoque à l'égard du premier de ces griefs, des expériences d'Arloing, Chantemesse, Widal et Chauffard, d'après lesquelles il y a danger pour les tuberculeux, à différentes périodes et suivant le mode d'évolution de la maladie à voisiner et à se trouver en contact presque journalier.

Pour le second grief, on conclut, que puisque les familles peuvent voir leurs parents malades de temps en temps au sanatorium, elles peuvent bien « risquer le paquet » chez elles et supporter le contact permanent du malade qui pourrait continuer à se livrer à ses occupations, au moins en partie, et subvenir aux besoins du ménage.

Eh bien, alors, il n'y a que deux partis à prendre pour être logique avec ces idées-là :

Primo, envoyer le tuberculeux dans une île déserte ; là il ne sera plus en contact avec d'autres tuberculeux, et il ne pourra plus contagionner sa famille ;

Secondo, ou bien lui dire, que le repos est inutile et qu'il n'a pas besoin de se soigner; il guérira ou il ne guérira pas, mais au moins pendant sa maladie il sera encore utile aux siens, et ensuite la mort les débarrassera de sa charge.

Car, enfin, si le malade se soigne en liberté, il pourra et devra nécessairement, surtout s'il va à Menton, à Cannes ou à Pau, etc., se trouver en contact journalier avec des malades qui ne le sont pas au même degré que lui, et avec quantité de personnes en bonne santé en dehors de sa famille et dans sa famille.

Dans quelles conditions se trouvera-t-il alors en relation avec le reste du monde? Dans des appartements fermés, garnis de meubles plus ou moins confortables, de tentures qui recèlent tous les germes, etc.

Au sanatorium, au contraire, il vit en plein air ; sa chambre et tous les lieux de réunion sont constamment et largement aérés, inondés de soleil et de lumière, parce que l'habitation a été choisie soigneusement, exposée au midi ; elle est dépourvue de meubles, de tentures et de tapis ; les chances de contagion sont là, réduites au minimum. Les compagnons de cure sont stylés comme lui et ne commettent pas ces mille fautes contre l'hygiène que ne soupçonnent même pas, non seulement les malades qui ne sont pas passés par le sanatorium, mais leurs médecins eux-mêmes.

Visitez, mes chers confrères, ces sanatoriums et vous vous convaincrez qu'on y combat la contagion dans des détails minutieux que vous ignorez absolument, et que vous ne pouvez par conséquent apprendre à vos clients; parce qu'il faut *vivre* avec des tuberculeux et avoir constamment et exclusivement l'esprit en éveil pour parer à tout.

« Le sanatorium est une école pour le tuberculeux », a dit Landouzy ; elle en est une aussi pour le médecin.

Donc, au sanatorium les chances de contamination sont réduites au minimum, et elles n'existent plus que dans l'imagination de ceux qui combattent, *a priori*, le sanatorium.

2° *Le traitement du sanatorium est coûteux.* — Le malade dépense en effet au sanatorium de 10 à 20 francs par jour. Mais toutes choses égales d'ailleurs, où le malade aisé (car nous parlerons plus loin des pauvres) ne dépense-t-il pas cette somme ? Il la dépense *chez lui*, en faisant de la suralimentation : trois repas et des suppléments de viande crue, de lait, d'œufs ; le médecin et le pharmacien. Si, de plus, il se déplace pour aller à la campagne, si un ou plusieurs membres de la famille se déplacent avec lui, s'il s'offre une garde-malade, ces prix seront largement dépassés.

Et, enfin, s'il s'agit d'une famille de commerçants, d'hommes d'affaires, d'une famille nombreuse, le déplacement n'entraîne-t il pas des frais plus grands encore et des perturbations familiales plus sérieuses?

Que voulez-vous, quand on est tuberculeux, la perte d'argent est fatale ; et si on ne peut subvenir aux frais du traitement avec ses revenus, il faut sacrifier une partie de son capital. Mais le sanatorium est moins dispendieux, certainement, que beaucoup d'autres modes de traitement moins efficaces. Et le jour où les médecins français comprendront l'utilité du sanatorium, il pourra s'en créer d'accessibles à toutes les bourses, car il coûtera toujours moins cher de se faire soigner en commun que de se soigner isolément : c'est là une vérité, un fait qui se passe de toute démonstration, et la première ménagère venue établira le bilan différentiel.

3° *On ne sait à quelle période de la maladie peut convenir le sanatorium. Au début? Le jeu n'en vaut pas la chandelle, et le médecin voit rarement le tuberculeux au début. A une période plus avancée? Dans la crainte d'assombrir les pronostics, les sanatoriums refusent ou renvoient les malades avancés.* — Eh bien, n'en déplaise aux optimistes et aux médecins, « tant mieux : » Plus le malade viendra de bonne heure au sanatorium, plus il aura de chances de guérir vite et complètement, et moins il y aura de craintes à le voir parcourir rapidement les étapes qui conduisent à la cachexie et à la tombe.

C'est précisément pendant la première période de sa maladie que le tuberculeux *libre*, ignorant le danger qu'il court, commet toutes les imprudences et rend sa maladie

Digitized by Google

sinon incurable, du moins très longue et très difficile à guérir.

Et, si le médecin ne voit pas la tuberculose au début, c'est qu'il ne sait pas la voir, ou qu'il s'illusionne. Je l'ai déjà dit, écrit, le médecin qui par une raison de sentimentalité coupable, aujourd'hui que l'on sait que la tuberculose est *contagieuse et curable*, laisse au début ignorer à son client la véritable nature de son mal, perd rapidement la confiance de son client et lui cause un préjudice irréparable souvent, et, en tout cas, beaucoup plus grave que celui causé, en traitant un tuberculeux *en suspect*, car un suspect est toujours un candidat avéré à la tuberculose, et le traitement est le même pour un candidat à la tuberculose que pour un tuberculeux au début. On peut le tenir en observation pendant quelque temps avant de l'envoyer au sanatorium, mais le doute ne peut subsister indéfiniment, et le médecin qui soutient le contraire pèche par excès de modestie ; mais à une période plus avancée et alors que le doute n'est plus permis, le tuberculeux est encore reçu au sanatorium ; celui qu'on n'y reçoit pas est celui qui n'a plus qu'à attendre chez lui une mort qui ne tarde pas à venir.

En résumé, il n'est jamais trop tôt pour adresser un tuberculeux au sanatorium, et on y reçoit des malades déjà très touchés ; c'est dire que le médecin traitant a le temps de la réflexion.

(*A suivre.*) Dr LERICHE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine de Bouchard-Brissaud, 2e édition, tomes VI et VII. Masson, éditeur.

Le tome VI de cette importante publication comprend les maladies du nez et du larynx par Ruault, l'asthme par M. Brissaud, la coqueluche par Le Gendre, les maladies des bronches et les troubles de la circulation pulmonaire par M. Marfan, les maladies aiguës du poumon par Netter.

Le tome VII contient les maladies chroniques du poumon et la phtisie pulmonaire par Marfan, les maladies de la plèvre par Netter, les maladies du médiastin par Marfan.

Comme on le voit, ces articles sont faits et complétés par les mêmes auteurs qui les avaient rédigés dans la première édition. La haute notoriété des médecins qui les ont signés en fait une œuvre qui se passe d'appréciation et se recommande d'elle-même, car elle est un des meilleurs travaux de la science française contemporaine, marquant une étape dans l'histoire des sciences médicales.

Cette œuvre, malgré le progrès constant, durera toujours, car elle est faite surtout de clinique. Non seulement les auteurs, mais aussi l'éditeur si distingué et si dévoué aux intérêts médicaux, ont droit à tous nos éloges, à tous nos remerciements. — S. R.

Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie, par le Dr LAUNOIS, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté. Préface de M. Mathias DUVAL. — Masson, éditeur.

Ce livre doit être le vade-mecum de tous les étudiants, à qui nous le recommandons sans réserve, car précision, concision et clarté sont ses qualités maîtresses. M. Launois a fait là œuvre utile et a droit à toutes nos félicitations. — M. D.

L'instinct sexuel *(Evolution et dissolution)*, par le Dr CH. FERÉ, médecin de Bicêtre. 1 vol. chez Alcan, éditeur.

Ce remarquable livre de notre distingué collaborateur, M. le Dr Feré, est des plus intéressants et des plus instructifs. En travailleur infatigable, M. Feré a fait dans ce volume une étude des plus documentées et dans laquelle il donne une note originale basée sur son observation personnelle des plus étendues. La lecture de ce livre s'impose, et nous ne lui ménagerons pas nos éloges. — S. R.

Le pharynx *(Anatomie et physiologie)*, par le Dr C. CHAUVEAU. 1 vol. chez Baillière, éditeur.

Ce livre, écrit par un spécialiste de haute valeur, est remarquable comme précision et comme détails. Une abondante bibliographie et de nombreuses figures nous indiquent quelle somme de travail ce livre a nécessité, et il fait le plus grand honneur à son auteur. C'est un livre qui ne s'apprécie pas mais qu'on lit et qu'on consulte. — S. R.

L'hypertrophie sénile de la prostate, par A. GUÉPIN, professeur libre de pathologie génito-urinaire. 1 vol. chez Vigot frères, éditeurs.

La notoriété que l'auteur s'est acquise en pathologie urinaire nous dispense de faire l'éloge de cet ouvrage qui est digne des précédentes publications de l'auteur que nos lecteurs ont pu maintes fois apprécier. — S. R.

L'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée, par MM. CH. ACHARD, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon et J. CASTAIGNE, interne des hôpitaux. Une brochure de *L'œuvre Médico Chirurgical*, Masson et Cie, éditeurs.

Ce sujet, d'un si grand intérêt et si nouveau, est exposé d'une façon très complète et mis au courant des dernières recherches.

Analyse biologique des eaux potables, par J. GASSER. — Un vol. de la collection Léauté. Masson, éditeur.

Ce livre traite des questions suivantes : Prélèvement des échantillons, leur transport, la numération des germes, l'analyse qualitative et la recherche des différents micro-organismes pathogènes (coli-bacille, b. typhique, vibrion cholérique), et des saprophytes. Cette étude très complète et très consciencieuse intéresse à la fois hygiénistes et médecins. — S. R.

La fièvre typhoïde dans les pays chauds, par le Dr CRESPIN, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger. Préface par le professeur J. TEISSIER.

Ce livre, fruit d'une observation consciencieuse, est à lire, car il ne peut s'analyser, c'est plutôt un recueil d'observations et de faits dans lequel il y a beaucoup à puiser et à apprendre.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. Rendu.

Ascite chyleuse

A propos d'une malade de son service, M. Rendu a consacré l'une de ses conférences à l'ascite chyleuse, qui est un symptôme plutôt qu'une maladie, dont l'étiologie reste obscure et le pronostic grave.

Il s'agit d'une malade de 42 ans, bien portante jusqu'en avril 1900. Elle a eu un enfant mort de méningite. Son père est mort à 86 ans, sa mère à 45 ans, de maladie indéterminée, mais épuisée par 9 grossesses.

Au mois d'avril, la malade s'aperçut qu'elle avait les jambes enflées ; l'œdème ne dépassait pas le genou, était indolent au début, il disparaissait la nuit, mais bientôt resta à demeure. Il n'existe pas de varices. En mai, le bas du ventre présentait des bouclures, des nodules disposés en chapelets durs, non douloureux, disparaissant pendant la nuit. Un peu plus tard, le ventre augmenta de volume. En septembre et octobre, l'œdème gagna les cuisses, la région sus-pubienne et en arrière s'étendit jusque dans la région lombaire.

Cependant, la santé générale restait bonne ; il y a peu de temps, la malade commença à avoir de l'anorexie, du dégoût des aliments, surtout pour la viande, des nausées sans vomissements : en même temps s'établit une diarrhée rebelle (7 à 8 selles par jour) qui résista à toute médication. Les urines étaient peu abondantes, à peine un litre. Depuis cette époque, la malade maigrit.

Ce qui frappe, à l'examen de cette femme, c'est la disproportion énorme entre la partie sus-diaphragmatique du corps et le volume immodéré du ventre, des lombes et des membres inférieurs. A première vue, l'ascite est évidente, il n'y a cependant pas de circulation complémentaire et la sensation du flot n'est pas nette, à cause de l'œdème considérable de la paroi. C'est de l'anasarque plutôt que de l'ascite proprement dite.

Dans la région sus-pubienne, on remarque des bosselures disposées en un chapelet pouvant en imposer pour des vergetures boursouflées par l'œdème, mais cependant beaucoup plus dures : ce sont des varices lymphatiques.

L'œdème n'est certainement pas seulement dû à une infiltration séreuse ; il est dur, et l'on arrive difficilement à déprimer la peau. Contrairement à ce que l'on trouve dans l'œdème des néphrétiques, la peau est verruqueuse et ressemble à celle de certains vieux cardiaques. Mais, contrairement à ce qui existe dans ces cas, elle n'est ni rouge, ni douloureuse. On a donc affaire non-seulement à une infiltration sous-cutanée, mais à une infiltration dermique, sorte d'état éléphantiasique de la peau.

En plus, la malade présente un léger épanchement pleural double, un peu de congestion ou plutôt d'œdème pleuro-pulmonaire. Le cœur n'est pas hypertrophié, il y a un peu de tachycardie (150, 120 pulsations) ; les battements du cœur sont réguliers, le deuxième bruit est un peu claqué, peut-être à cause de la maigreur de la malade, qui fait que l'on entend le bruit cardiaque directement sous l'oreille.

Quelle est la cause de cet état ? On est amené à penser soit à la néphrite chronique, soit à la cirrhose atrophique, soit enfin à une péritonite chronique.

Chez cette malade, les urines sont peu abondantes, pâles, de la densité de 1,015, et ne contiennent pas trace d'albumine ; le cœur n'est pas hypertrophié, il n'existe pas de bruit de galop, ce qui permet d'éliminer la *néphrite interstitielle*. Quant à la *néphrite parenchymateuse*, l'absence de maladie infectieuse antérieure, l'état de l'œdème ne permettent pas de l'admettre.

L'anorexie, la diarrhée, l'œdème peuvent plaider en faveur de la *cirrhose hépatique*, l'infiltration lymphatique de la peau sus-pubienne a été signalée par Hanot, en 1895, à la *Société médicale des Hôpitaux*, chez un homme ascitique.

Cependant, dans l'ascite consécutive à la cirrhose, les urines, diminuées de volume, sont laquées, contiennent de l'urobiline, des urates, ce qui n'existe pas chez la malade ; de plus, on constate une circulation supplémentaire à la partie supérieure de l'abdomen, absente dans le cas présent. D'autre part, le développement de l'anasarque a été beaucoup plus rapide qu'il n'est d'ordinaire dans la cirrhose.

Enfin, qui dit cirrhotique, dit alcoolique. Or, cette femme ne présente aucun des symptômes collatéraux de l'éthylisme, et rien ne permet de penser qu'elle ait fait abus de boissons alcooliques.

La *péritonite chronique* n'est pas probable ; en effet, par la palpation, on ne sent pas le gâteau péritonéal caractéristique de la péritonite tuberculeuse.

En faveur de cette affection, il y a l'absence du réseau veineux supplémentaire, les épanchements pleuraux concomitants que Fernet a signalés dans la péritonite chronique, soit d'origine tuberculeuse, soit cancéreuse.

Contre le diagnostic de péritonite tuberculeuse, il y a l'absence de douleur, l'absence de fièvre et le manque absolu de tout signe de tuberculose pulmonaire.

La péritonite cancéreuse peut être accompagnée de douleurs très vives ; dans d'autres cas, au contraire, il n'y en existe pas ; l'anorexie, si fréquente dans le cancer, existe bien, mais c'est un signe qui n'est pas

Digitized by Google

suffisant pour établir un diagnostic ; il en est de même de l'état cachectique.

Une ponction a été pratiquée avec une certaine difficulté ; en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale infectée. Le liquide retiré était lactesent, opalin, ressemblant à du lait dilué. On était en présence d'une forme d'ascite rare : l'ascite chyleuse.

M. Guéneau de Mussy avait signalé les liquides graisseux retirés de la plèvre, mais l'attention n'a été attirée sur l'ascite chyleuse qu'il y a une vingtaine d'années par Debove au sujet d'une communication à la *Société médicale des hôpitaux*.

D'après l'aspect même du liquide, on peut distinguer deux variétés d'ascite chyleuse. Dans *l'ascite chyleuse vraie*, celle que présente la malade de M. Rendu, le liquide est opaque, d'apparence laiteuse. Placé dans une éprouvette, il se divise en deux couches, une supérieure, crémeuse, une inférieure, louche ; parfois, il se dépose au fond du récipient une couche de globules rouges, qui peut donner à l'ensemble du liquide une teinte café au lait.

Il s'agit bien d'une émulsion de globules graisseux dans le liquide ascitique, car si on y ajoute de l'acide osmique la teinte blanchâtre vire au noir. L'éther ne dissout pas la graisse contenue dans le liquide, parce que les parois des gouttelettes s'opposent à son action, mais si on le détruit par un alcalin (lessive de soude, ammoniaque) la dissolution s'opère.

A l'examen microscopique, la graisse de l'ascite chyleuse ne se présente pas sous la forme ordinaire de la graisse. Les globules sont irréguliers, inégaux qu'il serait difficile de reconnaître sans l'aide de l'acide osmique.

La quantité de graisse est considérable puisque l'analyse en décèle de 6 à 8 grammes par litre, en outre, il y a 4 à 5 grammes de chlorure de sodium par litre. Cette composition est à peu près celle du chyle normal qui pour 940 d'eau contient 37 gr. d'albumine, 9 grammes de graisse et 4 grammes de chlorure de sodium.

Dans l'*ascite lactescente* signalée par Lyon, Widal, Apert, le liquide est trouble, ne contient que 10 à 15 centigrammes de graisse par litre qui apparaît au microscope sous forme de granulations fines, très réfringentes, plutôt protéïques que graisseuses.

Le caractère des leucocytes contenus dans les liquides des séreuses n'est pas toujours identique. Pour M. Widal, la présence d'éléments mono-nucléaires indique l'origine tuberculeuse d'un épanchement, les éléments poly-nucléaires se rencontrent dans les épanchements d'origine banale.

Dans les ascites chyleuses, on a surtout signalé des éléments mono-nucléaires.

Comment se produit l'ascite chyleuse ? Les théories sont multiples. Pour certains auteurs, le liquide graisseux serait du chyle pur se collectant dans la cavité abdominale par suite de la rupture soit du canal thoracique, soit d'un gros tronc lymphatique. Deux faits positifs ont été signalés, cependant dans la plupart des cas il a été impossible de découvrir le point de rupture, mais il est vraisemblable qu'elle puisse se produire quand les canaux lymphatiques sont comprimés par une tumeur tuberculeuse ou cancéreuse. D'autre part, il n'est pas indispensable qu'il y ait rupture, et la simple distension du canal peut suffire. Cependant, M. Letulle a pensé qu'il pouvait s'agir d'une dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales provenant de la desquamation de la séreuse péritonéale.

L'ascite chyleuse peut survenir à la suite d'une lésion même légère de la séreuse, dans certains cas d'ascite, une première ponction est normale, la seconde donne des liquides chyliformes. M. Rendu a eu un malade chez lequel la première ponction donna un liquide jaune citron, la seconde fournit un liquide lactescent, à la troisième ponction, le liquide était normal.

Enfin, l'ascite chyleuse a été rencontrée, sans lésion du péritoine ou du canal thoracique dans quelques cas de syphilis hépatique et de néphrite.

En résumé, l'ascite chyleuse se rencontre dans des affections de nature très diverse qui, par ordre de fréquence, sont : la tuberculose, le cancer, la cirrhose, enfin la syphilis hépatique, la néphrite chronique.

Enfin, on doit rappeler que le régime alimentaire peut avoir une influence sur le liquide ascitique ; chez les enfants, on a signalé à la suite de néphrite chronique des ascites chyleuses, et il est probable que le régime lacté, longtemps suivi, peut par suite de la quantité considérable de graisse absorbée, favoriser la production d'un liquide ascitique graisseux.

Dans le cas actuel, M. Rendu, s'appuyant sur l'état du système lymphatique distendu (varices lymphatiques), sur l'œdème spécial (état éléphantiasique de la peau) dont la marche ne présente pas le parallélisme habituel avec celle de l'ascite, pense qu'il s'agit d'une *ascite chyleuse vraie*, due à la compression sinon à la rupture du canal thoracique, par une tumeur tuberculeuse ou cancéreuse.

Vu l'absence d'autres signes de tuberculose, il semble plus probable qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse latente, siégeant probablement au niveau de la petite courbure de l'estomac, ne gênant pas le passage des aliments à travers le pylore, et agissant soit par elle-même, soit causant une compression thoracique secondaire du canal thoracique par l'inflammation des ganglions sous diaphragmatiques.

Quoi qu'il en soit, le *pronostic* est excessivement

Digitized by Google

grave, d'autant plus que les moyens thérapeutiques sont nuls, ces maladies échappant à l'action des diurétiques. On pourra, en cas de gêne trop grande, pratiquer des *ponctions* mais c'est là un moyen palliatif qui n'aura aucune influeuce sur la marche de l'affection causale.

M. Rendu a pensé à la laparotomie. Il a dans ses salles deux femmes atteintes de cancer stomacal qu'il fit passer dans le service de M. Routier, à l'effet de leur pratiquer une gastro-entéro-anastomose; l'état des lésions ne permit pas l'opération, et toute l'intervention chirurgicale se borna à une laparotomie exploratrice. Cependant, les malades se sont, depuis lors, améliorées. Des résultats analogues ont été signalés à la suite de laparotomies pratiquées pour des péritonites tuberculeuses. Peut-être y aurait-il lieu de tenter, à un moment donné, la laparotomie, dont l'action palliative, dans ces cas graves, reste encore si mystérieuse.

REVUE D'HYGIÈNE

Les Puits. — Causes de souillure et désinfection

C'est là une question qui n'intéresse guére le médecin exerçant dans les villes, les agglomérations de quelque importance possédant des amenées d'eau sur la qualité de laquelle nous n'avons pas à entrer, mais elle est des plus importantes pour le médecin de campagne, puisque dans la plupart des villages les habitants consomment de l'eau de puits, quand ce n'est pas de l'eau de mare où grouillent des impuretés de toute nature.

Nous n'envisagerons ici que les puits plats, c'est-à-dire qui ne dépassent pas une profondeur de 20 mètres et sont creusés dans le but d'utiliser l'eau de la premiere nappe souterraine. La qualité de l'eau fournie est en général bonne ; sa température est à peu près invariable, elle est peu aérée ; la teneur en *matières minérales* dissoutes se rapproche de celle constatée dans les sources, les *matières en suspension* sont en très petite quantité.

Cependant, il est une variété de puits qui fournissent, en dehors de toute pollution, une eau défectueuse. Ce sont les puits peu profonds, sujets à de très rapides variations de niveau que l'on rencontré dans les pays où la couche imperméable est à très peu de distance de la surface du sol, dans certaines parties de la Bretagne, par exemple, où la profondeur de la nappe souterraine qui repose sur le granit varie de 7 mètres à 2 mètres. L'eau de ces puits n'est que la collection des eaux de surface qui, tombée sur un sol le plus souvent souillé entraîne dans la profondeur une certaine quantité d'impuretés qui atteignent la nappe souterraine et la contaminent, la couche filtrante n'ayant pas une épaisseur suffisante pour les arrêter,

Mais là n'est pas le plus grand danger, il provient non de la nature même de l'eau, mais par le manque de précautions prises par les consommateurs.

Tout d'abord, la construction des puits est, le plus souvent, défectueuse. Quand on veut établir un puits, on creuse jusqu'à un mètre ou 1 mètre 58 au-dessous du niveau ordinaire de la nappe souterraine, puis on construit les parois à l'aide de pierres, sans mortier, jusqu'au niveau de la terre. C'est là une méthode défectueuse, car, par les vides existant entre les pierres, s'écoulera dans le puits de l'eau de surface non dépouillée de ses impuretés par son passage dans la terre; le tassement des terres, l'infiltration de l'eau entraîneront des particules de terre qui formeront au fond du puits une couche de vase qui tendra à en diminuer la profondeur. Dans ces interstices s'établiront des crapauds, des salamandres ; par là, tomberont des vers de terre. Enfin, sur les parois de ces puits en pierres sèches, croîtront rapidement des touffes de fougères, de capillaires, de chelidoine dont les feuilles chaque année tomberont et pourriront dans le puits.

Enfin, par la margelle du puits, qui est bien rarement couvert tombent toutes les poussières soulevées par le vent.

Pour éviter ces multiples inconvénients, les parois du puits devraient être jointoyées au ciment jusqu'au niveau moyen de la nappe souterraine, le débit du puits ne recueillant pas les eaux superficielles en serait peut-être un peu diminué, mais l'eau fournie serait de bonne qualité, surtout si l'on prenait la précaution d'en obstruer hermétiquement l'orifice.

Les causes de souillure que nous venons d'énumérer, ne constituent pas cependant le plus grand danger, qui provient du voisinage de l'homme.

Dans les campagnes, les puits sont creusés au milieu de la cour d'exploitation agricole entre la maison d'habitation et les écuries. Souvent, auprès du puits est placée une auge qui, plusieurs fois par jour, est remplie et où viennent boire les animaux qui ne sont pas sans laisser des traces évidentes de leur court séjour. A peu de distance, se trouve le fumier exposé à la pluie, entassé chaque jour en attendant son emploi ; le purin se collecte dans un simple trou creusé dans la terre battue. Les commodités sont placées auprès du fumier sur lequel les excréments tombent et séjournent jusqu'au moment du labourage où le tout est transporté dans les champs comme engrais.

Qu'il survienne des pluies quelque peu abondantes l'eau lave fumier et excréments, la fosse à purin déborde et cette eau entraînant toutes les impuretés dissoutes ou en suspension pénètre dans le sol qui s'en imprègne. Heureusement encore, quand le puits

Digitized by Google

placé en situation déclive, ne sert pas de récipient naturel à toutes ces immondices.

Il est des cas dans lesquels l'eau jaunâtre du puits traduit ses altérations à l'odorat (indol, scatol, crésol) mais toujours l'analyse permet d'y déceler de l'ammoniaque, du chlore, de l'acide nitrique et des nitrates, de l'hydrogène sulfuré et carboné, enfin des microbes saprophytes en quantité considérable.

Quand dans un village, dans une ferme isolée, il se produit un cas de maladie infectieuse transmissible par les micro-organismes des excréments, qu'il s'agisse du choléra ou de la fièvre typhoïde, les déjections sont presque toujours, malgré l'avis du médecin, jetées à la volée sur le fumier, d'où elles s'infiltreront dans le sol et seront entraînées vers le puits dont l'eau de mauvaise deviendra nocive et constituera pour les consommateurs un continuel danger.

Un point important est de connaître la résistance des micro-organismes pathogènes projetés dans l'eau. Elle est relativement faible pour plusieurs raisons : la température de l'eau est généralement inférieure au degré favorable ou nécessaire au développement, le milieu n'offre pas une aptitude nourricière suffisante, enfin, les microbes saprophytes, en nombre beaucoup plus considérable que les pathogènes, se trouvant dans leur milieu favorable et n'ayant pas à acquérir l'accoutumance absorbent toute la nourriture, de sorte que les microbes pathogènes se trouvent dans de mauvaises conditions de développement et de reproduction.

Cependant les bacilles pathogènes peuvent séjourner dans l'eau pendant un temps assez long pour permettre l'infection de toute une famille, puisqu'on a pu retrouver le bacille du choléra après 30 et 93 jours, le bacille typhique après 43 et 81 jours et le bacille de la tuberculose après 95 jours. La température, bien que peu favorable et tuant un grand nombre de micro-organismes, n'est pas sans en laisser subsister un grand nombre, puisque des cultures de bacilles typhiques exposées à la congélation pendant 103 jours contenaient encore 7500 germes virulents par centimètre cube et que la glace des glacières de Vincennes, provenant pour la plus grande partie des bassins du parc, contiennent 25.000 colonies par centimètre cube, dont le bacillus coli-communis.

Donc, dans certains cas, à la suite d'épidémies, un puits étant infecté le médecin avertit les consommateurs que l'eau qu'ils boivent est nocive, mais ceux-ci sont cependant bien obligés de s'en servir, n'en ayant pas d'autre à leur disposition. Il devient donc urgent de désinfecter le puits aussi rapidement que possible, en n'interrompant son fonctionnement que pendant un temps relativement court et surtout par un moyen pratique, ne demandant aucun outillage spécial.

En Allemagne, Neisser a employé la vapeur d'eau sous pression. La vapeur d'eau provenant d'un générateur puissant est dirigée, sous la pression de cinq atmosphères, au fond du puits par un tube de 22 centimètres percé de trous de 7 centimètres. La température s'élève de 95° à 110° et après 24 heures est encore de 55°. Ce procédé est rapide, mais nécessite un outillage spécial et le prix de revient de chaque désinfection s'élève à 37 francs environ.

M. Delorme, en 1897-1898, alors qu'il était attaché à l'hôpital du camp de Châlons, dut étudier et diriger la désinfection des puits servant à l'alimentation des troupes. Il employa le système de Neisser, dans des conditions certes défavorables et ne put, avec le jet de vapeur fourni par le générateur d'une grande étuve locomobile de Genest-Herscher, élever la température au-delà de 30°. En présence de cet insuccès, il eut recours à la désinfection chimique par le *permanganate de potassse* dont les bons effets comme désinfectant de l'eau de boisson ont été signalés par Mme Schipiloff, docteur de l'Université de Genève.

Pour obtenir une désinfection complète de l'eau, 5 à 10 centigrammes de permanganate de potasse sont suffisants, à condition que la couleur rosée de l'eau persiste pendant une demi-heure. A cette dose, le permanganate ne détruit pas seulement toutes les matières organiques par oxydation, mais tue tous les micro-organismes vivants. Il se forme un précipité brunâtre d'oxyde de manganèse absolument inoffensif, que l'on peut entraîner soit en vidant plusieurs fois le puits, soit en mêlant à l'eau du charbon de bois pilé.

Dans une communication à l'Académie de Médecine (1), le Dr Delorme rapporte le manuel opératoire qu'il employa et les résultats obtenus.

Après avoir déterminé le volume de l'eau contaminée dans le puits, ce qui était facile connaissant la hauteur de la nappe d'eau et le diamètre du puits, on projetait dans l'eau la quantité suffisante d'une solution de permanganate de potasse à 1 gramme pour 100, de manière à obtenir le titre demandé, puis, à l'aide d'une perche rabotée et aseptisée, l'eau était remuée pour obtenir un mélange parfait. Une demi-heure plus tard, un échantillon était prélevé pour examiner la coloration ; enfin, pour obtenir la clarification, on jetait sur l'eau par poignées du charbon de bois pilé mélangé à du sable fin, désinfectés à l'étuve, dans la proportion d'un quart de braise pour trois quarts de sable.

Trois ou quatre jours plus tard, la clarification

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1900.

Digitized by Google

était complète; le puits était alors épuisé pour faire disparaître toute trace d'antiseptique, des échantillons étaient ensuite périodiquement prélevés et l'analyse bactériologique prolongée pendant un mois environ ne démontrait que la présence d'une faible quantité de micro-organismes et l'absence de tout germe pathogène, le puits était livré à la consommation.

Les analyses pratiquées par le médecin-major Toussaint, chargé du laboratoire de bactériologie du 6e corps d'armée, sont démonstratives. Un puits dont l'eau exhalait une odeur repoussante et contenait 112.160 bacilles par centimètre cube avant le traitement par le permanganate de potasse, n'en contenait après que 150 par centimètre cube; un autre, après avoir présenté 72,306 micro-organismes, n'en donnait plus que 1.026 par centimètre cube.

Dans tous les cas, il y eut une disparition complète des espèces putrides et l'examen le plus minutieux ne permit pas de trouver de microbes pathogènes.

On avait craint que la dissolution de sel de potasse dans l'eau la rendît impropre à la consommation. Il n'en fut rien. Les échantillons prélevés quelques jours après la désinfection ne présentaient que quelques traces de potasse absolument inoffensives; et, après épuisement du puits et renouvellement complet de eau, il fut impossible d'en déceler la plus petite quantité. Du reste, cet inconvénient pourrait être évité en remplaçant le permanganate de potasse par le permanganate de chaux.

M. Delorme ajoute que le meilleur moment pour la désinfection est celui où le niveau de l'eau du puits est le plus élevé possible, le désinfectant se trouvant alors en contact avec une plus grande étendue de la paroi du puits.

Bien entendu, la désinfection par le permanganate de potasse, de même du reste que tout autre mode de désinfection des puits, est purement locale et n'est réellement efficace que quand l'infection du puits provient d'origine extérieure (infiltration des eaux de surface, chute de terre, d'objet contaminés), et que si le sol dans sa profondeur et la nappe souterraine ne sont pas contaminés, ce qui est le cas le plus fréquent.

Enfin, le puits, une fois désinfecté, devra être soustrait aux causes d'infection que nous avons signalées précédemment, principalement la proximité des fumiers et fosses d'aisances; en tout cas, rien ne s'oppose, si l'on conserve quelques craintes, à une désinfection périodique, deux ou trois fois par an; le prix de revient de la désinfection par le permanganate de potasse ne s'élevant qu'à environ un franc par puits et par opération.

C'est donc une méthode facile, rapide et peu coûteuse dont l'usage peut être recommandé dans les campagnes où la consommation d'eau de puits contaminée expose souvent à de graves dangers.— P. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le lavage de l'estomac dans les gastrorrhagies

Par G. Linossier

Correspondant national de l'Académie de Médecine

Il y a deux mois, dans la revue critique que je consacre chaque année, dans les *Archives générales de médecine*, aux maladies de l'estomac, j'écrivais ce qui suit : « Je crois que l'on s'exagère les dangers du tubage ; il m'est arrivé plusieurs fois de laver d'urgence l'estomac à des cancéreux ayant des hématémèses, de leur rendre ainsi la possibilité de s'alimenter et de réussir à prolonger leurs jours. Le contact de masses fermentées avec la muqueuse gastrique, les efforts de vomissements sont évidemment plus nocifs pour les parois gastriques qu'un lavage bien fait. Néanmoins, je n'introduis jamais qu'avec une certaine appréhension un tube dans un estomac ulcéré. J'ai le souvenir d'une première hémorrhagie, qui faillit être mortelle, survenue à la suite d'un lavage dans le service du Pr Boudet, et je crois que, si cet accident est plus rare qu'on ne croit il faut cependant songer toujours à sa possibilité. »

Dans ces dispositions d'esprit, j'ai été très heureux d'entendre M. Lucas-Championnière proclamer que, contrairement à l'opinion générale, le lavage de l'estomac peut, non seulement être autorisé au cours d'une gastrorrhagie, mais qu'il peut rendre de très grands services.

Qu'il me soit permis de développer ici les observations et les arguments par lesquels j'ai été moi-même amené à une opinion identique.

La première observation que je puis citer est celle d'une femme de quarante-six ans, ayant suivi plusieurs traitements à Vichy pour des coliques hépatiques. Quand je la vois pour la première fois, elle me dit se sentir beaucoup plus faible depuis quelques semaines : elle a maigri de 9 kilogrammes, perdu complètement l'appétit; ses digestions sont douloureuses ; elle vomit fréquemment des matières glaireuses mélangées de masses brunes qu'elle compare à du chocolat; sa constipation est opiniâtre.

En l'examinant, je constate qu'elle a le teint jaune paille des cancéreux; l'abdomen est flasque; la palpation permet d'y percevoir aucune tumeur; l'estomac est dilaté et clapote largement au niveau de l'ombilic; œdème cachectique des malléoles.

Malgré l'absence de constatation directe d'une tumeur, le diagnostic de néoplasme gastrique s'im-

Digitized by Google

posait. Le jour même de mon premier examen, la situation s'aggrave brusquement. Les douleurs gastriques sont intolérables; les vomissements sanguins se répètent constamment; toute alimentation devient impossible; la faiblesse augmente. Après avoir essayé vainement, par tous les moyens classiques, d'arrêter les vomissements qui épuisent la malade, effrayé de l'aggravation de l'état général, je me décide à pratiquer un lavage, et j'extrais facilement de l'estomac une grande quantité de sang noir, mélangé de débris absolument intacts du repas de la veille.

Le résultat immédiat est excellent : les douleurs se calment instantanément, les vomissements cessent, la malade peut tolérer un peu de lait glacé. Je ne comptais pourtant pas revenir au lavage, le considérant comme un procédé thérapeutique dangereux dont l'urgence seule justifiait l'emploi; mais, le surlendemain, les symptômes d'intolérance gastrique ayant reparu et semblant s'accroître progressivement, je me vois forcer d'introduire de nouveau la sonde, qui ramène du sang en moindre quantité que la première fois ; de nouveau les vomissements s'arrêtent, l'état nauséeux se calme, et on peut reprendre l'alimentation. Devant ce résultat, je me décide à pratiquer des lavages quotidiens. Le troisième ramène encore des traces de sang, mais il n'y en a plus dans les suivants. L'alimentation peut se faire; la malade reprend des forces, engraisse, et quitte Vichy très améliorée. Il est incontestable que, au moment où j'ai pratiqué le premier lavage, une issue fatale était imminente et que le lavage seul a permis à la malade d'y échapper.

Je résumerai très brièvement une seconde observation. Elle concerne une femme de soixante et onze ans, atteinte de cancer du pylore. Elle a une inappétence absolue, souffre constamment de l'estomac vomit fréquemment des matières noires. L'estomac est extrêmement dilaté et plein de liquides. A cause des hématémèses, je n'ose pas tout d'abord pratiquer un lavage, qui paraissait urgent; mais l'état s'aggrave, le dégoût des aliments devient irrésistible, chaque gorgée de lait provoque, d'ailleurs, des douleurs intenses, des nausées et des vomissements noirs, il apparaît du melœna, la faiblesse augmente, et il est hors de doute qu'une terminaison fatale est proche. Pour soulager la malade, qui souffre atrocement et que les efforts continus de vomissements épuisent, je me décide à pratiquer un lavage de l'estomac. Le tube a à peine franchi le cardia qu'il s'amorce de lui-même et donne issue à quatre litres de magma noir d'une fétidité extrême, dans lequel nagent des caillots de sang rouge. Acidité organique intense, pas d'acide chlorhydrique libre.

Immédiatement les douleurs, les vomissements et les contractions péristaltiques cessent. La malade passe une excellente nuit, et, le lendemain, peut prendre un peu de lait. Le seurlendemain, les vomissements recommençant, je pratique un deuxième lavage, qui ramène du sang en moindre quantité et provoque la même sensation de bien-être que le premier. Le lendemain, la malade peut supporter un voyage et rentrer chez elle, où les hématèses ont reparu. Dans ce cas encore, le lavage, non seulement n'a pas aggravé l'hématémèse, mais a retardé une issue fatale d'ailleurs inévitable.

Ces deux observations ont bien diminué la terreur que j'avais, comme tous les médecins, du lavage de l'estomac au cours d'une gastrorrhagie. Il me paraît intéressant de discuter, à leur occasion, son utilité et ses dangers.

M. Dieulafoy, interprète en cette circonstance de l'opinion générale, dit qu'il semble préférable de mettre l'organe au repos absolu. Voyons donc quel est le repos que l'on peut réaliser dans le cas d'une gastrorrhagie.

Théoriquement, le repos de l'estomac ne peut exister que quand l'organe est vide.

Or, l'hémorrhagie s'est produite le plus fréquemment pendant une période d'activité digestive, c'est-à-dire à un moment où l'estomac renfermait des aliments. Est-il vide au moment de l'hémorrhagie, dès l'instant où celle-ci s'est produite, il ne l'est d'ailleure plus. Le sang, dont il est plus ou moins rempli, n'est pas un corps étranger quelconque; c'est un aliment, et un aliment albuminoïde, un de ceux qui, par conséquent, excitent au maximum la sécrétion glandulaire. Quoi qu'on fasse, et malgré la diète la plus stricte, un estomac, au cours ou à la suite d'une hémorrhagie, est toujours en état d'activité digestive, c'est-à-dire de congestion physiologique de la muqueuse.

Au point de vue mécanique, il est plus ou moins distendu ; il est incessamment agité de contractions péristaltiques provoquées par le contact de son contenu et souvent par l'irritation même que produit la plaie saignante. On sait combien certaines plaies des muqueuses provoquent facilement des spasmes des muscles sous-jacents. Si l'ulcération est voisine du pylore, ce qui est le cas le plus fréquent, celui-ci est en état de spasme et s'oppose à l'issue dans le duodénum du contenu de l'estomac. De là, mouvements péristaltiques violents de la paroi souvent visibles à l'œil nu, efforts incessants de vomissements, tous phénomènes qui donnent peu l'impression du repos!

Si nous cherchons à nous figurer les conditions dans lesquelles s'effectue à ce moment l'hémorrhagie, nous voyons un vaisseau béant dans une paroi distendue (la distension contribuant à entretenir la béance), secouée incessamment par des contractions péristaltiques, balayée par une masse alimentaire et

Digitized by Google

une sécrétion peptique en perpétuel mouvement, qui tend sans cesse à déplacer le caillot mécaniquement et à le dissoudre chimiquement. Dans une de mes observations, cette masse était constituée par plus de 4 litres d'eau bouillie infecte en pleine putréfaction, étrange pansement à laisser sur une plaie vive !

Voilà le repos gastrique tel que nous pouvons le réaliser par la diète stricte !

Après un lavage bien fait, tout autre est la situation : l'estomac vidé se rétracte sur lui-même ; il entre véritablement dans une phase de repos physiologique, c'est-à dire que la sécrétion se suspend, la muqueuse se décongestionne, les contractions péristaltiques s'arrêtent. Objectivement, ce repos de l'organe se traduit par la cessation des vomissements, des nausées, des douleurs, le calme des malades qui, tout à l'heure angoissé, peut maintenant s'endormir d'un sommeil paisible.

Si le suintement sanguin existe encore, n'y a-t-il pas plus de chance pour que, sur la plaie bien nettoyée et qu'aucun mouvement ou contact malpropre ne vient irriter, se forme un caillot solide ?

Tout cela est d'une évidence aveuglante, et personne ne songera à le contester. Mais si, après le lavage, la situation est incontestablement améliorée, n'y a t-il pas un danger dans le lavage lui-même ? Ne risque-t-il pas de déplacer un caillot en voie de formation ? De provoquer même la rupture d'une paroi vasculaire rendue exceptionnellement friable par le processus ulcéreux ?

Je crois que l'on exagère beaucoup les troubles provoqués dans l'estomac par le lavage. Sans doute, il s'accompagne chez certains sujets, surtout quand il est pratiqué par un médecin peu familiarisé avec cette opération, de phénomènes réactionnels très intenses, presque effrayants pour un spectateur étranger à la médecine ; mais, si on les analyse, on voit qu'il s'agit surtout d'une impression d'angoisse, très pénible à coup sûr pour le sujet, mais peu dangereuse en réalité.

Du côté de l'estomac en particulier, qu'y a-t-il à redouter ? Le contact de la sonde avec la paroi ? Mais elle n'est pas plus irritante qu'un fragment mal mâché d'aliment, et il faudrait un hasard bien malheureux pour qu'elle se mît en rapport avec l'ulcération elle-même. La distension de l'organe par le liquide de lavage ? Il est à peine besoin de dire que, dans des cas d'hémorhagie en activité ou très récemment arrêtée, on devra n'introduire l'eau que par petites portions, insuffisantes pour provoquer une distension. Restent les efforts de vomissements, qui troublent évidemment le repos de l'estomac, Toutefois, même sur ce point, on peut faire des réserves. L'estomac ne joue, en effet, qu'un rôle presque passif dans l'acte même du vomissement. Quant au réflexe qui le provoque, au cours du lavage il a un point de départ exclusivement pharyngé ; c'est le contact de la sonde avec l'isthme du gosier qui le détermine. Au contraire, dans les vomissements spontanés qui accompagnent l'hémorrhagie, le réflexe naît dans la muqueuse gastrique elle-même et témoigne de son irritation. Conclusion : les efforts de vomissements sont toujours fâcheux au cours d'une hémorrhagie gastrique, mais ceux que provoque le lavage, ébranlent moins l'estomac que les vomissements spontanés.

Tout cela, dira-t-on, est théorique. Sans doute, mais la pratique, très limitée encore, que nous pouvons invoquer confirme la théorie. Les deux observations que je viens de citer, celles auxquelles M. Lucas-Championnière a fait allusion dans la précédente séance, constituent un argument en faveur de ma thèse. Enfin, je trouve un document important dans un travail de Bourget (de Lausanne), qui a pu traiter par des lavages quotidiens 88 cas d'ulcère rond, sans avoir jamais observé une hémorrhagie consécutive à l'intervention (1). Bien plus, M. Bourget considère que, au cours du traitement de l'ulcère, l'apparition d'une hématémèse est une indication formelle d'un lavage immédiat. Il est vrai que M. Bourget effectue ce lavage avec une solution de perchlorure de fer à 2 p. 100, pratique très rationnelle, du moment que l'on ne redoute pas le tubage et dont il a obtenu d'excellents résultats.

Je ne voudrais rien exagérer : si le lavage de l'estomac me paraît, au cours d'une gastrorrhagie, moins dangereux qu'on ne l'admet en général, je ne crois pas qu'on puisse le considérer comme une médication tout à fait inoffensive. J'ai cité déjà le fait de cette malade chez qui aucun symptôme ne permettait de soupçonner l'existence d'un ulcère de l'estomac, et qui, le jour même où je lui effectuais un premier lavage, eut sa première hématémèse, hématémèse fort abondante, et dont elle faillit mourir. Peut-être n'y avait-il là qu'une coïncidence, mais bien des auteurs ont cité des faits analogues, et il est difficile d'admettre qu'il se soit toujours agi de coïncidences. Le lavage de l'estomac remue moins l'estomac qu'on ne pourrait le supposer *a priori*, je croir l'avoir démontré, mais on ne peut dire qu'il ne le remue pas du tout. D'ailleurs les phénomènes d'angoisse qui résultent parfois de l'introduction de la sonde dans l'œsophage, peuvent s'accompagner de troubles circulatoires probablement plus dangereux, au point de vue de l'hémorrhagie, que l'action directe de la sonde sur l'estomac.

La conclusion générale qui se dégage de cette étude est donc que les gastrorrhagies ne constituent pas une contre-indication aussi absolue au lavage de

(1) Bourget. *Thérapeutische Monatshefte*, 1900. Heft, IV et 7.

Digitized by Google

l'estomac qu'on l'enseigne généralement. Quand celui-ci se trouve indiqué par une obstruction pylorique, par la réplétion gastrique, les vomissements incoercibles, les douleurs, l'impossibilité de l'alimentation, on pourra en obtenir parfois d'excellents résultats, non seulement au point de vue de l'état général du sujet, mais au point de vue de l'évolution même de la gastrorrhagie, surtout si on pratique le lavage, comme le conseille Bourget, avec une solution de perchlorure de fer.

Si le danger de cette médication est beaucoup moindre qu'on ne se le figure, elle ne doit cependant pas être considérée comme inoffensive ; mais quelle est la médication vraiment active qui ne comporte aucun risque ? Quand un malade paraît, en l'absence de toute intervention, voué à une mort certaine, il n'y a pas à se demander si un moyen thérapeutique offre des dangers, mais s'il peut apporter quelques chances de salut.

Il y a des situations où il n'y a pas de pire imprudence que l'excès même de la prudence.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de l'hépatisme paludéen. — (Lemanski, *Bull. de l'hôp fr. de Tunis*). — Dans le syndrome clinique complexe qui forme l'hépatisme paludéen, M. Lemanski (de Tunis), conseille le traitement suivant.

En premier lieu, il faut absolument imposer aux malades la suppression complète et radicale de l alcool sous toutes ses formes.

Cette condition de traitement est primordiale, car la plupart des paludéens sont des éthyliques atteints de cet alcoolisme insidieux, si bien décrit récemment par M. Glenard.

Les alcalins, le quinquina et l'arsenic, sont les principaux éléments de l'intervention thérapeutique.

Cacodylate de soude	0 gr. 01
Poudre de quinquina	50 centigrammes
Bicarbonate de soude	50 —

Pour un cachet, trois par jour.

On se trouve encore bien de la méthode des purgatifs fréquents d'après la formule suivante :

Calomel	0 gr. 80
Cascara	0 — 60
Rhubarbe	0 — 60
Belladone	0 — 50

Pour trois cachets à prendre le matin à jeun, de quart d'heure en quart d'heure, tous les huit jours.

L hydrothérapie sera indiquée dans tous les cas, mais devra faire l'objet, de la part du médecin, d un soin spécial.

Il faut prescrire, chez les sujets nerveux ou impressionnables, la douche chaude en pluie, courte, progressivement refroidie, chaque jour.

Si le foie n'est pas trop douloureux, douche locale hépatique avec appareil spécial ; jet froid sur les jambes, mais jamais sur l'abdomen. Deux douches par jour sont nécessaires. La douche hépatique doit être froide, excessivement courte, ou encore alternativement chaude et froide. Il est très important que la percussion sur cet organe ne soit pas trop violente. Elle sera suivie de la douche générale.

Un très bon adjuvant à ce traitement général sera l'opothérapie hépatique qui se prescrit de la façon suivante : Chaque jour le malade prendra à un de ses repas 30 à 100 grammes de foie de veau cuit.

Poudres à priser contre le coryza :

I.	Menthol	0 gr. 20
	Chlorhydrate de cocaïne	0 — 40
	Acide borique	8 grammes
	Salicylate de bismuth	16 —
II.	Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
	Menthol	0 — 20
	Acide borique	2 grammes
	Café torréfié	2 —
	Sucre de lait	20 —
III.	Salol	2 grammes
	Benjoin	4 —
	Acide citrique	4 —
	Sucre de lait	10 —

Sirop d'hyposulfite de soude :

Hyposulfite de soude	25 grammes
Eau	25 —
Sirop de sucre	850 —

Une cuillerée à bouche renferme 0 gr. 50 d'hyposulfite de soude. Dans certains cas, on peut avantageusement associer ce sirop à ceux de fumeterre, de saponaire et de salsepareille.

Mélange pour inhalations dans les affections bronchiques ou pulmonaires :

Menthol	1 gramme
Eucalyptol	1 —
Essence de thym	5 —
— de Lavande	5 —
Teinture de tolu	10 —
Alcool à 90°	100 —

Mettre une cuillerée à café de ce mélange dans une casserole d'eau bouillante qu'on recouvrira d'un entonnoir ou d'un cornet en carton, et aspirer les vapeurs par la douille de l'entonnoir.

Cette médication réussit également bien comme traitement du coryza.

On peut encore plus simplement faire une infusion d'eucalyptus dans laquelle on verse un filet d'une solution de menthol à 1 °/₀. — A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

OTOLOGIE

Diagnostic et traitement des corps étrangers des fosses nasales. — Si on est parfois consulté faussement pour les corps étrangers du conduit auditif ou de la gorge dont on ne trouve pas trace, cette erreur de la part du patient n'est jamais faite en ce qui concerne les fosses nasales ; les cas, au contraire, où le médecin constate l'existence dans une fosse nasale d'un corps étranger complètement insoupçonné ne sont pas rares.

Il n'est point singulier qu'on puisse méconnaître dans l'entourage du malade une obstruction du nez, soit parce que l'enfant s'est introduit le corps étranger à l'insu du gardien vigilant habituel, soit encore parce qu'il n'ose avouer sa maladresse par crainte des corrections ; même chez l'adulte, des parcelles alimentaires peuvent s'introduire et séjourner dans une fosse nasale pendant un effort de vomissement ou une déglutition faussée, comme cela peut se produire dans le rire en mangeant.

Ce qui amène alors le malade chez le médecin, c'est une obstruction nasale unilatérale ou l'expulsion d'une sécrétion purulente, parfois sanguinolente et souvent fétide ; si ces symptômes sont déterminés par la présence d'un corps étranger, l'ablation de ce dernier sera suivie de la guérison complète et définitive ; il importe donc de faire un diagnostic précis.

Le diagnostic doit porter sur les quatre points suivants : l'*existence*, la *nature*, le *volume* et la *forme* du corps étranger. Assez souvent, les renseignements fournis par l'enfant ou son entourage nous éclairent sur le nom de l'objet et par là même sur son volume et sa forme ; quelquefois un objet semblable au corps étranger nous est montré.

Quant à l'existence du corps étranger, elle ne peut être certifiée que par l'*examen direct* de la cavité nasale, à l'aide du spéculum et du miroir frontal, à moins toutefois qu'il ne soit visible à la lumière du jour par le simple relèvement de la pointe du nez. En dehors de ce dernier cas, il est très imprudent et même nuisible d'introduire, sur le dire des parents, un stylet ou une pince dans le nez pour extraire un objet dont la présence est incertaine.

Comme le corps étranger s'arrête généralement dans le méat inférieur ou entre le cornet inférieur et la cloison, plus souvent à la hauteur du méat moyen, on explorera le plus profondément possible ces régions. Si quelque chose de suspect comme forme ou couleur apparaît, toujours sous le contrôle de la vue, on y porte le stylet pour apprécier sa consistance et son volume si on n'a aucun renseignement sur ces points. On peut aussi juger de sa mobilité et par là même de la facilité qu'on aura à l'extraire.

Si toutes ces notions sont inutiles à connaître pour les cas récents où le corps étranger est très visible et où un semblable, à celui que vous apercevez vous est montré, il n'en est plus de même quand vous constatez la présence d'un corps anormal que tout le monde ignore ou feint d'ignorer, surtout le patient.

L'observation suivante est instructive à cet égard et démontrera beaucoup mieux les difficultés du diagnostic que les généralités que l'on trouve dans les classiques : Un enfant de 7 ans, Emile X..., m'est amené en septembre 1900 parce qu'il mouche très abondamment du pus fétide et assez souvent sanguinolent ; la maladie remonte à 4 ans et la sécrétion ne se produit que dans la fosse nasale droite. Avant tout examen, soupçonnant un corps étranger d'être la cause d'une semblable symptomatologie, je questionnai dans ce sens et la mère et l'enfant et n'obtins qu'une réponse négative ; le début était si ancien que l'enfant pouvait fort bien avoir oublié qu'il s'était introduit quelque chose dans le nez à l'âge de 3 ans.

A l'examen, on constate, entre des bourgeons charnus, fournis par le cornet inférieur et la cloison, l'existence de quelque chose de gris-noirâtre ; le stylet indique que l'objet est dur, pierreux, légèrement mobile. Fort de ces renseignemants, je pensai pouvoir, avec un crochet, faire basculer et amener au dehors le corps étranger, pendant que l'enfant non endormi, serait solidement maintenu ; effort et douleurs superflus, l'objet roulait sur place et n'avançait pas.

Il fallut endormir l'enfant au chloroforme et ce ne fut que par des tractions relativement considérables, que je pus amener au dehors le corps du délit : *c'était un bouchon de un centimètre de diamètre et un centimètre de long.*

On peut se demander comment un enfant de 3 ans a pu faire pénétrer, dans une narine, un corps aussi volumineux alors qu'à l'âge de 7 ans, quand il a été extrait, on aurait eu beaucoup de peine à le remettre en place.

Le diagnostic, dans ce cas, avait été incomplet et faux ; incomplet, parce qu'on n'avait aucune notion sur le volume présumé et que la résistance à l'extraction pouvait être attribuée à d'autres causes qu'à son enchâtonnement ; faux, parce que le stylet pouvait faire admettre qu'il s'agissait d'une pierre, tandis

Digitized by Google

qu'il s'agissait d'un corps mou incrusté de sels calcaires, grâce à son long séjour dans la fosse nasale.

La présence de bourgeons charnus autour de ce morceau de liège explique la force des tractions qu'il a fallu faire pour le dégager et les précautions qu'il a fallu prendre pour ne pas tout entraîner au petit bonheur ; la prudence était commandée par l'insuffisance forcée du diagnostic.

En ce qui concerne le mode d'extraction, je ne crois pas que les procédés recommandés par M. Félizet en 1898, l'écouvillonnage et les injections forcées d'eau auraient pu amener le dégagement parce que l'enclavement était trop complet. Nous ne ferons que mentionner le moyen indiqué par Sturrock qui consiste à fixer le corps étranger à l'extrémité d'un tube de caoutchouc dans lequel on fait le vide avec une seringue et à l'attirer au dehors.

En somme, il n'est point de méthode unique pour l'ablation des corps étrangers; tous les procédés sont bons dans certains cas déterminés et si on voit bien ce que l'on fait ; ils peuvent, au contraire, donner de mauvais résultats quand on agit à l'aveuglette ou quand le diagnostic est insuffisant. — A. Courtade, *ancien assistant d'oto-laryngologie à l'hôpital Lariboisière.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications du traitement chirurgical de la lithiase biliaire. — Elles ne sont pas très faciles à poser à cause des difficultés de diagnostic des différentes variétés cliniques de lithiase. En effet, les formes se superposent : avec une lithiase vésiculaire peut coexister une lithiase du cholédoque ; des coudures, des obstructions viennent compliquer le tableau et il faut une laparotomie d'abord exploratrice pour se rendre compte des lésions existantes. Même le ventre ouvert, l'hésitation et l'incertitude peuvent persister et ce n'est quelquefois que l'évolution ultérieure de la maladie qui donne raison ou tort au diagnostic porté.

D'après Kehr, le traitement chirurgical est indiqué dans les cas suivants :

1° Cholécystite et péricholécystite aiguë;

2° Obstruction chronique du cystique avec hydropisie ou empyème de la vésicule ;

3° Obstruction chronique du cholédoque ;

4° Toutes les formes qui, légères d'abord, s'aggravent, malgré le traitement chirurgical rigoureusement institué et bien suivi;

5° Adhérences de la vésicule pouvant faire craindre des fusions avec l'estomac, l'intestin, produire des coudures, des compressions avec sténose;

6° Angiocholite suppurée et abcès du foie;

7° Perforation des voies biliaires et péritonite. Ileus calculeux;

8° Morphinisme lithiasique provoqué par la répétition et l'intensité des coliques hépatiques.

Schwartz *(Chir. du foie)* accepte toutes ces indications et insiste, non pas pour opérer tous les cas de lithiase bien avérée, mais pour préconiser les interventions précoces dès qu'il est démontré qu'il y a des calculs de la vésicule ou du cystique qui ne progressent pas et déterminent des accidents.

Dans ces cas, il ne faut pas attendre qu'il y ait des complications infectieuses surajoutées pour intervenir; autant les interventions précoces et sur des voies biliaires encore peu atteintes sont ordinairement simples et sans gravité, autant elles en prennent quand les conditions inverses existent. Il ne faut pas attendre que les calculs se soient engagés et enclavés dans les voies profondes, où on ira les chercher avec beaucoup plus de danger pour le malade, de difficultés pour le chirurgien. En conséquence, tout en y mettant la mesure nécessaire, il faut savoir ne pas trop attendre pour conseiller l'opération; c'est question de flair et d'expérience que de la conseiller au meilleur moment, c'est-à-dire au moment opportun, où les lésions seront encore superficielles et par là même facilement accessibles. Rien n'est plus suggestif à cet égard que de parcourir les différentes statistiques qui sont fournies par les chirurgiens les plus autorisés en la matière par leur grande expérience.

Sur 250 opérations n'intéressant que la vésicule biliaire et son canal cystique, Kehr ne relève que 6 morts, dont 3 sur 180 cholécystostomies et cysticotomie et 3 sur 69 cholécystectomies. Sur 47 opérations sur les voies profondes (cholédoque et hépatique) le même chirurgien, dans la même série d'années accuse 4 morts.

Il est amplement démontré que tant que le chirurgien s'attaque à la vésicule et à son canal excréteur, le cystique, le danger est beaucoup moindre; il y a donc tout intérêt, puisque la vésicule est le point de départ ordinaire de la lithiase, de traiter celle-ci alors qu'elle est encore facilement accessible. — J. H. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'épithélioma de la face interne de la joue. — Le cancer se rencontre un peu partout dans la cavité buccale, cependant on le rencontre habituellement sur les lèvres, la langue, le plancher buccal; il est un peu plus rare sur la face interne de la joue. L'étiologie de ce dernier est très obscure; il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et s'observe entre 50 et 60 ans,

Digitized by Google

D'après Teltcharoff, qui vient d'en faire une étude intéressante (th. de Montpellier, 1901), les irritations prolongées, produites par la fumée de tabac, la pipe, les dents mal implantées, les chicots, la mauvaise hygiène de la bouche, seraient des causes déterminantes de l'épithélioma chez certains prédisposés héréditaires. Histologiquement, c'est un épithélioma pavimenteux, lobulé ou tubulé, ou, à la fois, lobulé et tubulé.

La symptomatologie et le traitement ont été étudiés ici par Morestin (*Journ. des Praticiens*, 1900, n° 35), Teltcharoff insiste après lui sur certains points importants.

On devra chercher à faire un diagnostic aussi précoce que possible à cause de la gravité du pronostic; en effet, la récidive post-opératoire est très fréquente, presque la règle, d'où l'indication d'opérer de bonne heure pour l'éviter ou tout au moins la retarder.

On ne s'attardera donc pas au traitement médical; les caustiques seront proscrits, loin d'améliorer, ils semblent donner un coup de fouet; le traitement chirurgical est le seul rationnel, à condition qu'il soit précoce.

Le néoplasme sera enlevé largement et il est nécessaire pour cela de mener une incision de la commissure vers la pointe du lobule, afin de disséquer deux lambeaux qu'on réunira ensuite ; malheureusement la constriction cicatricielle des mâchoires est la suite presque habituelle de ces larges incisions. Lorsque la tumeur n'est plus circonscrite, que la peau et les parties osseuses sont envahies, il faut enlever en bloc : maxillaire, tumeur génienne et masse ganglionnaire sous-maxillaire.

Il est des contre-indications à l'opération, telles la grande extension du néoplasme, l'adénopathie très développée, la cachexie avancée; ces malades pourront encore profiter d'un traitement palliatif bien dirigé, hygiène et antisepsie de la bouche, alimentation liquide ou avec des aliments mous et non irritants, application de narcotiques sur les ulcérations, injections de morphine. — J.-H.-M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Emploi de l'acide phosphorique et de ses dérivés. — L'emploi de cette médication est surtout indiqué quand il y a hypo-acidité urinaire. D'après M. Joulie, qui vient de consacrer à cette étude un intéressant travail (*Urologie pratique et thérapeutique nouvelle*), l'acidité urinaire est un critérium de l'état de l'organisme, car elle résulte de l'acidité du sang, et celle-ci est produite, elle-même, principalement par l'acide carbonique résultant de la combustion du carbone alimentaire ou de la désassimilation. Plus intenses seront les oxydations, plus s'élèvera l'acidité urinaire; et inversement. Lors donc que l'on observera de l'hypo-acidité, il conviendra de le traiter scientifiquement afin d'obtenir de bons résultats. Nous ne nous appesantirons pas sur les procédés pratiques conseillés par M. Joulie pour établir le fait de l'hypo-acidité urinaire, nous supposons celle-ci existant et ayant provoqué différents troubles tels l'anémie, la polyurie, les dyspepsies alcalines, les cachexies consomptives, etc., etc. Comment traitera-t-on cette hypo-acidité? Un premier fait à considérer, c'est qu'il convient de maintenir dans le sang l'acidité à rétablir jusqu'à l'élimination par l'urine. Il vaut mieux pour cela s'adresser à l'acide phosphorique. Il faut augmenter d'abord les phosphates assimilables dans l'alimentation, en modifiant le régime dans le sens végétarien, puisque les aliments végétaux sont généralement riches en acide phosphorique. Le lait est excellent, à ce point de vue, car il contient beaucoup d'acide phosphorique.

Comme médication, on peut employer l'acide ortho-phosphorique en dissolution dans l'eau, connu en pharmacopée sous le nom d'acide phosphorique officinal selon la formule suivante :

Acide phosphorique officinal ..	68 grammes
Eau bouillie	1 litre.

Cette solution contient 25 grammes par litre d'acide phosphorique anhydre ou 34 gr. 50 d'acide orthophosphorique. Pour pouvoir ingérer cette solution, il faut l'étendre 6 fois au moins de son volume d'eau. On peut donc en mettre de 1 à 2 cuillerées à café dans un verre à bordeaux de liquide à prendre au commencement des repas.

On peut en prescrire jusqu'à 4 cuillerées par jour.

Si on préfère, on pourra masquer l'acidité de l'acide phosphorique en prescrivant un vin phosphorique, ou sous forme de sirop phosphorique. La question de dose sera à décider par le médecin, selon l'intensité plus ou moins grande de l'hypo-acidité urinaire; mais si l'on veut aller à des doses élevées, il ne faut s'en servir que graduellement.

On pourra également utiliser la formule suivante :

Phosphate de soude pur cristallisé..	125 grammes
Acide phosphorique officinal	68 —
Eau distillée	Q. S. pour 1 litre

qui convient surtout aux malades qui ont eu une phosphature antérieure. Le phosphate de potasse sera substitué au phosphate de soude lorsqu'il faudra relever le système nerveux.

M. Jolly conseille l'emploi de l'acide phosphoro-vinique, MM. Adrian et Trillat les glycéro-phosphates acides.

Digitized by Google

Le phosphore par voie hypodermique selon la formule de Roussel peut être avantageusement utilisé.

Phosphore pur	0 gr. 40
Eucalyptol.....	20 grammes
Huile stérilisée Q. S. pour faire	100 cc.

On injecte 1 centimètre cube par jour, pendant 5 jours de suite. On suspend pendant le même temps et on recommence ensuite. Chaque injection contient 4 milligrammes de phosphore. Cette médication modifie rapidement l'albuminurie, le rachitisme, la scrofulose, les neurasthénies. Cette formule du Dr Roussel est peut-être un peu trop active et on fera bien de commencer avec une dose de 1 milligramme seulement par centimètre cube.

Les injections sous-cutanées de phosphate de soude à 5 0/0 seraient utiles, d'après le Dr Roussel, contre la diarrhée des phtisiques. — S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de la lèpre par l'injection sous-cutanée d'huile de chaulmoogra. — M. Hallopeau fait un rapport sur un mémoire du Dr Tourtoulis-Bey, qui termine par les conclusions suivantes :

Les lépreux soumis à un traitement intensif par l'huile de chaulmoogra administrée, soit en injections intra-musculaires, soit par les voies digestives, peuvent présenter une amélioration telle qu'on peut les considérer comme guéris. Plus souvent ils continuent à présenter des manifestations, mais celles-ci peuvent revêtir un caractère remarquable de bénignité.

Dans certains cas, des poussées intenses, locales et générales, peuvent se renouveler malgré ce traitement.

Il est probable que le médicament exerce une influence favorable sur la lèpre. Cette influence ne suffit pas en général pour enrayer les progrès de la maladie; elle ne peut être comparée à celle du mercure ou de l'iodure de potassium dans la syphilis, ou de la quinine dans la malaria.

L'introduction par la voie hypodermique est préférable chez les malades qui la supportent bien; elle est assez pénible chez la plupart en raison des douleurs parfois intenses qu'elle provoque; elle est susceptible de donner lieu à des réactions fébriles passagères et à des embolies pulmonaires.

M. Du Castel. — Le traitement par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra à la dose quotidienne de 5 grammes par jour est une méthode d'application douloureuse, nécessitant des interruptions à la suite des infiltrations inflammatoires qu'elle entraîne, semblant s'accompagner plus facilement que les injections d'autres huiles de la production d'embolies graisseuses. Les résultats obtenus ne sont pas d'une supériorité telle sur ceux fournis par les autres traitements de la lèpre, que la méthode par les injections hypodermiques d'huile de chaulmoogra s'impose sur les autres. Elle est surtout indiquée dans les cas graves, rebelles aux traitements ordinaires : les injections doivent être pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse ou de la paroi abdominale et non dans celui du bras.

Variolisation. — M. Hervieux. La variolisation, pratiquée par les indigènes en Algérie et en Tunisie, a pour conséquence la persistance des endémies et des épidémies varioliques, l'aggravation de la mortalité et la dépopulation. Il demande que l'Académie émette le vœu d'interdire, sous peine d'amende, les inoculations varioliques.

Cette proposition est adoptée.

Le lavage de l'estomac dans les gastrorragies. — M. Linossier. (Voir page 165.)

Le tétranitrate d'érythrol (tétranitrol) et la médication hypotensive. — M. Huchard (voir n° 10, p. 148 *(5 mars)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De l'aérophagie. — M. Mathieu. L'aérophagie, constituée par la déglutition de l'air à la suite d'un mouvement spasmodique du pharynx, ne s'observe pas seulement chez les hystériques, mais encore chez certains dyspeptiques.

Début. — Dans ce qu'on peut appeler la *forme simple, bénigne*, les malades accusent des phénomènes de dyspepsie en apparence assez banale. Quelque temps après le repas, ils éprouvent de la pesanteur à l'estomac, un malaise plus ou moins marqué, plus ou moins nettement défini. Bientôt surviennent des renvois gazeux. Ces renvois sont nombreux, en général bruyants Ce sont d'interminables salves. Les gaz rendus n'ont aucune odeur. Les malades expulsent ainsi trente, quarante rots et même davantage, des centaines. Pendant cette crise d'éructation, il y a une sensation quelquefois très pénible de tension épigastrique.

Lorsqu'un dyspeptique conte son histoire de cette façon, on peut avoir la certitude qu'il s'agit d'un aérophage. En effet, les fermentations de l'estomac ne peuvent pas fournir une quantité de gaz aussi considérable comme on a pu s'en rendre compte soit en passant une sonde au moment où des dyspeptiques se plaignaient le plus vivement d'une sensation pénible de ballonnement, soit en faisant fermenter in vitro le contenu de l'estomac extrait par le cathétérisme.

L'examen extérieur de l'abdomen ne donne pas de renseignement spécial sur cette forme particulière de dyspepsie. Souvent il existe un certain degré de distension ou de dilatation de l'estomac. On peut constater du relâchement des parois abdominales et des ptoses viscérales.

Parfois, en examinant le malade, on peut acquérir la preuve immédiate qu'il s'agit bien d'aérophagie. On s'aperçoit que la malade a des mouvements convulsifs de déglutition d'air. On entend très nettement le bruit des bulles d'air lorsqu'elles pénètrent dans l'estomac. Par la pression

Digitized by Google

de l'estomac on peut alors provoquer l'émission buccale, en quelque sorte mécanique, d'une certaine quantité de gaz à odeur aigrelette. Ce n'était pas le rot à déclenchement dont il va maintenant être question Chez bon nombre de ces dyspeptiques on peut en effet provoquer une crise par un véritable déclenchement, en pressant sur certaines régions.

C'est à l'épigastre que siège le plus souvent le bouton réflexe de l'aérophagie et du rot à déclenchement. En pressant avec l'extrémité du doigt à la région moyenne du creux épigastrique, on détermine assez souvent une crise. Les malades ont immédiatement des éructations bruyantes qui se succèdent indéfiniment tant qu'on maintient la pression. Il est facile de se rendre compte que chaque rot est précédé et suivi par un mouvement de déglutition ; on sent le larynx faire un mouvement successif d'élévation et d'abaissement. Il devient ainsi très facile d'étudier un phénomène qu'on peut provoquer à volonté. On peut voir parfois l'estomac se distendre progressivement, mais cette distension ne se produit pas toujours, il faut que la quantité d'air ingéré l'emporte sur la quantité d'air expulsé. Il n'y a, du reste, parfois, qu'un rot pour quatre ou cinq déglutitions d'air.

Il est des cas de pseudo-flatulence aérophagique que l'on peut véritablement qualifier de formes graves, en ne laissant aucun repos aux malades et en provoquant l'amaigrissement, l'apparition de phénomènes nerveux graves.

Diagnostic. — Il est facile, en général. En principe, on peut dire que tout dyspeptique qui accuse ou présente à l'observation une salve bruyante et sans mesure est un aérophage. L'éructation des gaz produits par les fermentations stomacales est beaucoup plus modérée Si l'on peut assister à une crise, on perçoit aisément les mouvements successifs d'élévation et d'abaissement du larynx ; quelquefois, on perçoit par l'auscultation l'arrivée de la gorgée d'air dans l'estomac, qu'on voit parfois se distendre de la façon la plus nette (Bouveret).

Enfin, dans un certain nombre de cas. on peut provoquer le déclenchement par la pression, soit du creux épigastrique, soit du creux sus-sternal.

Il restera naturellement à déterminer la modalité de la névropathie et la nature des accidents de dyspepsie, l'état de l'estomac, la présence ou l'absence des ptoses abdominales, etc.

Traitement — Les indications du traitement résultent nettement de la notion du mécanisme de l'aérophagie et du rot en série. C'est un phénomène d'origine névropathique, conscient ou inconscient, qu'il faut soigner en conséquence Souvent, il suffit d'attirer l'attention du malade sur l'aérophagie, de lui démontrer ce qui se passe réellement, pour obtenir la guérison de la fausse flatulence. Avec de grands hystériques, il convient d'avoir recours à des moyens plus sévères, et, au besoin, à l'isolement.

La dyspepsie sera traitée par les moyens habituels ; inutile d'avoir recours aux antiseptiques et aux carminatifs pour combattre une flatulence qui n'est qu'apparente. Les ptoses abdominales, l'insuffisance de l'alimentation fourniront des indications particulières ; mais il n'y a rien là qui vise particulièrement l'aérophagie spasmodique. Elles seraient identiques avec des manifestations névropathiques d'aspect clinique et de localisation autre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Cure radicale des hernies du gros intestin. — M. Schwartz. Depuis 1893, je me sers d'un procédé qui me donne de très bons résultats dans les cas de parois faibles éventrées avec de larges orifices.

Il consiste, pour les hernies inguinales, après avoir lié et réséqué le sac comme d'habitude, à ouvrir la gaine du droit antérieur de l'abdomen après avoir libéré en dedans le pilier interne de l'anneau inguinal. On taille dans la partie antérieure, inférieure et externe du muscle plutôt avec la sonde cannelée, puis avec le doigt, un lambeau musculaire à pédicule inférieur qu'on coupe en haut au-dessous d'une pince longuette remplacée par une ligature ; le lambeau, qui doit être assez épais (la moitié de l'épaisseur du muscle), large de 3 à 4 centimètres au moins et long de 8 à 10 centimètres, est passé dans une boutonnière que l'on fait au-dessous du pilier interne, de façon à le faire sortir de la gaine du grand droit et à l'amener dans la région du trajet inguinal. La gaine du grand droit est refermée par quelques points de suture.

Le lambeau musculaire est suturé en haut du bord inférieur du petit oblique et du transverse, en bas à l'arcade crurale.

Puis les piliers sont réunis par une suture, comme d'habitude. De la sorte, la paroi abdominale musculaire est prolongée en bas par le lambeau du grand droit qui la renforce et ferme la brèche produite par la hernie.

Les hernies du gros intestin, du cæcum, mais surtout de l'S iliaque, s'accompagnent fréquemment d'un vrai glissement du péritoine de la fosse iliaque et du méso. Des adhérences peuvent s'être établies dans le scrotum, telles qu'il est impossible de les détacher, à moins de nuire à la vitalité de l'intestin. C'est dans ces cas que l'on a eu l'idée de réséquer le gros intestin, de faire une entérorraphie et de réduire alors facilement, tout ce qui était dehors étant préalablement enlevé.

Lorsque le péritoine se laisse réduire avec l'anse intestinale, que tout a pu rentrer, c'est alors que le procédé myoplastique, en renforçant largement la paroi, permet une cure radicale efficace, sans qu'il soit besoin de faire une colopexie quelconque.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater la bonté du procédé et nous ne pouvons que le prôner dans des circonstances analogues. Nous avons revu, en effet, 10 opérés sur 60, soit 1 sur 6, au bout de laps de temps

Digitized by Google

variant de deux à sept ans, et nous avons pu constater la solidité de la guérison, malgré des parois abdominales largement ouvertes et pour lesquelles les procédés ordinaires n'eussent certainement rien donné de bon.

De l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale. — M. Rochard trace de la façon suivante la conduite à tenir en présence d'une femme atteinte d'infection puerpérale

Il est tout d'abord nécessaire de ne pas confondre les malades qui ont eu un peu de rétention placentaire ou un peu d infection utérine à la suite de l'accouchement, qui, repoussées par les accoucheurs, renvoyées par les médecins, viennent encombrer et infecter nos services, avec celles qui quelques jours après l'accouchement présentent des phénomènes d'empoisonnement grave. Les premières guérissent avec un curettage, et c'est de beaucoup le plus grand nombre, on pourrait dire 90 à 95 p. 100. Les autres ont une physionomie bien particulière. Quand on les approche, on reconnaît à leur masque qu'elles sont profondément touchées. La face est pâle, présente une teinte cireuse, les yeux sont excavés, les muqueuses sont décolorées. Le pouls est petit, dépressible, fréquent, bat de 128 à 130 pulsations. La température peut s'élever de 39 degrés à 40 degrés, mais souvent ne dépasse pas 38°5. Le ventre est légèrement ballonné, mais pas distendu. Il y a des frissons. Les vomissements peuvent se montrer, mais ne sont pas constants, et enfin, dans un grand nombre de cas, il y a un écoulement fétide par le vagin

Auprès de ces femmes, il ne faut pas temporiser, toutes ou presque toutes ont déjà subi un curettage, et, dans la grande majorité des cas, attendre le résultat d'une nouvelle opération de ce genre serait perdre un temps précieux. Il faut donc se rendre compte du danger que court la malade, et malgré ce qu'a de pénible le sacrifice de l'utérus, ne pas hésiter à proposer l'hystérectomie.

Celle-ci devra être pratiquée par la voie abdominale, car elle permet de se rendre un compte exact des complications causées par l'infection utérine et de parer à toutes les éventualités, lorsque l'utérus infecté n'a pas fait sa régression. Même dans ces conditions, il faut savoir qu'il s'agit d'une intervention fort grave, témoin les cinq cas défavorables de M. Rochard, en raison de la septicémie péritonéale coexistante (*27 février*).

ACTUALITÉS

Les sanatoriums pour tuberculeux et l'opinion médicale en France (1)

4° *Le sanatorium peut rendre de réels services aux nécessiteux. Les riches et les gens aisés peuvent très bien s'en passer.* — Ici je ne comprends plus, ou plutôt j'ai peur de trop bien comprendre, que ce n'est plus l'intérêt du malade, ni l intérêt général qui sont en jeu, et je ne veux pas m'appesantir sur ce point.

J'entends bien, que le pauvre diable qui meurt de faim chez lui trouvera au sanatorium ce qui lui manque le plus : la suralimentation, le grand air et le repos. J'accorde aussi que le riche ou le malade à son aise pourra s'offrir une bonne nourriture, qu'il pourra sans inconvénient mettre de côté les occupations fatigantes et s'offrir un confort complet et même luxueux, mais j'affirme que nulle part plus qu'au sanatorium, il ne trouvera *le repos et le grand air.*

Il laissera de côté ses affaires, soit ; mais consentira-t-il, s'il n'a d'abord qu'une élévation de température de quelques dixiemes le soir, à passer sa journée sur une chaise longue, alors qu'il sentira le mouvement autour de lui ? Résisterá-t-il à une promenade, à une soirée ? Fermera-t-il sa maison aux amis *et à leurs conseils ?* Laissera-t-il sa fenêtre ouverte nuit et jour, quand le temps se refroidira ? Se forcera-t-il seulement à manger ? Jamais. Jamais ! Les occasions, les mauvais conseils l'assailliront de toutes parts ; il ne résistera pas aux premières, et il écoutera les seconds Tout conspirera contre lui pour le perdre. Tandis qu'au sanatorium, il est dans un milieu d'entraînement spécial : il fera comme les autres ; il se reposera comme eux, il mangera comme eux ; il n'aura qu'à se laisser vivre. Tout lui prêchera la patience et l'énergie dont il a besoin. Il n'aura pas de tentations, ni d'occasions, mais seulement des bons conseils de ses compagnons qui jouent autour de lui le rôle des sous-officiers et des vieux soldats auprès des recrues. Voilà ce qui fait la supériorité du sanatorium dans le traitement de la tuberculose ; c'est *l'entraînement* qui constitue, en somme, *toute la discipline du sanatorium.*

5° *La discipline du sanatorium est une cause de répulsion du malade pour le sanatorium.* — Ceux qui disent cela, ce sont ceux qui n'ont jamais vu un sanatorium en fonction, et qui confondent la discipline avec la méthode et la bonne tenue.

On représente le médecin du sanatorium, comme un croquemitaine qui terrorise ses malades, comme un instituteur allemand avec sa férule, ou un caporal prussien qui ne connaît que la consigne et la « schlague ».

Tout autre est son attitude : il a la confiance de ses pensionnaires, il provoque leurs confidences, devient rapidement leur ami ; il les fait vivre par persuasion, leur faisant comprendre qu'il est de leur intérêt de suivre à la lettre toutes ses prescriptions, car c'est de *cette obéissance médicale* que dépend leur salut. Il n'y a pas d'autres règles à observer au sanatorium que celles nécessitées par l'hygiène, et celles d'ordre intime qui font loi dans toutes les familles, dans lesquelles on se respecte.

Toute discipline a pour corollaire une sanction, et ce qui fait la rigueur d'une discipline, c'est la variété et la rigueur de la sanction aux infractions ; ici, il n'y a qu'une seule

(1) *Suite et fin.* Voir n° 10, page 158.

Digitized by Google

sanction : celle qui existe entre tous les hommes libres, c'est le départ. Au moment de l'entrée au sanatorium, il y a un compromis librement consenti entre le malade, auquel on demandera de se conformer au règlement qui n'a qu'un but : l'hygiène et l'obéissance aux prescriptions médicales prises dans l'intérêt de chacun en général, et de tout le monde en particulier. Le jour où le malade ne veut plus se conformer à ses engagements, nul ne peut l'y contraindre, et il s'en va.

Pour ma part, je n'ai vu que rarement le cas se produire, et tous les malades font montre de la meilleure volonté et de la plus franche gaieté.

6° *Le sanatorium est un moyen prophylactique dérisoire contre l'envahissement de la tuberculose.* — Il est certain, qu'en France on ne peut, dans le domaine de la pratique, rien arguer contre ce grief mais, en revanche, on ne peut davantage le soutenir, pour la bonne raison que, je le disais au début, *l'essai loyal du sanatorium est à faire.* Ce n'est que, quand des milliers de tuberculeux seront passés dans ces établissements, qu'on pourra se rendre compte de leur valeur dans la prophylaxie de la tuberculose.

L'expérience a été faite en Allemagne, où riches et pauvres s'y font traiter en masse, et elle est concluante : *En Allemagne, la tuberculose recule ;* il n'y a donc pas de raison pour qu'elle ne fasse pas de même en France.

7° *L'Etablissement d'un nombre suffisant de sanatoriums nécessiterait des dépenses fantastiques.* — Il faut encore ici citer l'exemple de l'Allemagne qui n'a pas reculé devant cette dépense et qui a trouvé des ressources auprès des compagnies d'assurances et de sociétés de secours mutuels qui ont à leur tête des hommes qui, eux aussi, savent compter, et qui ont prouvé que cette première mise de fonds était avantageuse.

Point n'est besoin de palais pour faire un sanatorium, et l'on guérit tout aussi bien dans un pavillon de briques que sous des lambris dorés et même que dans les bâtiments de style administratif. Une fois, en France, l'élan donné et le corps médical d'accord sur le principe, l'institution se développerait rapidement. Mais jusqu'ici elle a eu contre elle le mauvais vouloir des médecins et aussi des pouvoirs publics.

Et d'ailleurs, rien n'oblige à abriter du jour au lendemain les 500.000 tuberculeux qui végètent dans notre hésitant pays ; on procéderait « par paquets », qui à mesure qu'ils auraient recouvré la santé céderaient leur place à d'autres, et la richesse économique recouvrée par le retour à la santé de ceux là fournirait de nouvelles ressources pour soigner les autres. Ce n'est donc rien, la richesse perdue représentée par 500.000 invalides du travail ? Et n'est-ce donc pas une œuvre patriotique que de permettre à la plupart de ces 500.000 tuberculeux de reprendre leur place dans la lutte pour la vie ?

8° *Le sanatorium est une œuvre antipatriotique, une œuvre allemande dont le but est de ruiner nos stations hivernales.* — Les médecins qui font valoir cet argument ne sont pas, croyez-le bien, les plus empressés à envoyer les tuberculeux sur la côte d'Azur, et c'est pourquoi ils voient beaucoup de leurs clients qui, lassés d'atermoiements inexplicables, fatigués d'être consignés à la chambre ou de vivre dans l'atmosphère empestée des grandes villes, et apprenant qu'il existe des sanatoriums, où l'on guérit en vivant au grand air, bouclent leur malle, et, sans prendre congé de leur médecin, filent à l'étranger. Si, au contraire, leur médecin, dès le début, leur avait dit qu'ils n'avaient qu'une chose à faire s'ils voulaient guérir, c'est d'aller se soigner : ou dans un des rares et bons sanatoriums de France, ou d'aller passer leur hiver au grand air et au soleil du midi de la France, ces malades n'auraient pas été au delà des frontières porter leur argent à des étrangers.

Car, certes, aujourd'hui le public s'instruit, il sait mieux ce qui se passe qu'on ne le croit, et il n'y a rien d'étonnant à ce que le Français malade, ignorant qu'il y a à sa porte des établissements similaires plus modestes et moins tapageurs, pour lesquels on fait moins de réclame, aille tout droit au sanatorium suisse ou allemand : Voilà le malheur.

Et pourquoi ce qui est bon de l'autre côté du Rhin serait-il mauvais chez nous par l'unique raison que le sanatorium est d'origine allemande? C'est là, en effet, une des raisons dans le genre de celle qui a donné naissance au proverbe qui dit que : Celui qui veut tuer son chien dit qu'il est galeux.

Rien aujourd'hui ne peut prévaloir contre ce fait acquis et prouvé, qu'il n'y a pas d'autre remède à opposer à la tuberculose que le repos, le grand air, la suralimentation et la bonne hygiène ; eh bien, c'est un remède qu'il est urgent d'appliquer sans restriction et dans toute son intégrite

Les conclusions sont faciles à tirer.

Les tuberculeux doivent etre envoyés à la campagne, dans les stations hivernales de la Méditerranée et du sud-ouest de la France, et, surtout, dans les quelques rares sanatoriums français qui, il faut l'espérer, deviendront chaque jour plus nombreux.

Au sanatorium, en effet, le TUBERCULEUX :

1° Trouve réunis le confort, l'hygiène, une direction médicale éclairée et un *entraînement des plus favorables ;*

2° Il s'y soigne à meilleur marché et avec moins de dérangement pour sa famille que partout ailleurs ;

3° Il y sera *toujours reçu*, quand son cas ne sera pas désespéré et qu'il aura quelques chances d'amélioration ou de guérison ;

4° Riche, il y trouvera le repos absolu et n'y trouvera aucune tentation contraire à son régime de vie ; pauvre, il y aura le confort ;

5° Il verra que la discipline est exclusivement basée sur

Digitized by Google

l'application méthodique de l'hygiène et n'a rien de vexatoire ni d'humiliant ;

6° Il apprendra à s'y soigner et à prendre toutes les mesures que nécessite son état et à ne pas être une cause de danger pour les autres ;

7° Enfin, il mettra son intérêt sanitaire d'accord avec son patriotisme et celui de son médecin, en choisissant sur *le conseil opportun* de son médecin un *sanatorium français*. — Dr Léon Leriche. (Gaz. des eaux, 1901.)

Au British Medical Journal Un dernier mot sur les concours. — Pour la seconde fois, au sujet de mon voyage en Scandinavie à la fin de 1891, le *British Medical Journal* me prend à partie d'une façon « antiamicale » par le procédé des « coups d'épingles ». Un journal médical du Danemark a déjà donné la riposte et m'a très vaillamment défendu.

Je remercie très sincèrement mon cher confrère de Copenhague, et je déclare au rédacteur anonyme du journal de Londres, que je ne lui conserve aucune rancune de sa mauvaise humeur; car, tourmenté sans doute par certaine obsession consistant à voir partout des rivaux ou des rivalités, il ne m'a certes pas compris.

Avec une pointe un peu acérée d'ironie, il me reproche et me raille d'avoir été en Scandinavie, d'y avoir été trop bien reçu, puis..., d'y avoir été presque mal reçu, puisqu'une publication médicale de Suède a persisté dans ses intentions de remplacer la langue française par la langue allemande pour les résumés de ses travaux. J'ai encore voulu, dit-il, « évangéliser » les Scandinaves comme un apôtre, auquel il me fait le grand honneur de me comparer, et même chercher « *l'annexion intellectuelle* » du Nord de l'Europe à la France, ce qui me donne une importance à laquelle j'étais loin de prétendre. Puis, il me reproche d'avoir dit que Laennec, Cl. Bernard et Pasteur avaient été les trois grands révolutionnaires médicaux du XIXe siècle, ce qui ferait supposer que, dans mon esprit « la médecine moderne serait exclusivement un produit du génie français ».

Pour les reproches précédents, je n'ai rien à dire, puisque chacun a le droit d'aller en Scandinavie ou ailleurs pour faire ce que bon lui semble. Mais, pour le dernier, j'ose maintenir que ces trois grands génies ont contribué à fonder la majeure partie de la science moderne au dernier siècle, ce qui n'a pas empêché l'Angleterre aux siècles précédents de s'enorgueillir avec juste raison des noms de Harvey, Sydenham et Jenner, comme il est possible qu'au XXe siècle l'humanité voue à la reconnaissance des peuples et des siècles d'autres hommes illustres des divers pays, ce qui n'excitera en aucune façon nos sentiments jaloux. Car, la science n'a pas de patrie, et mon distingué contradicteur aurait dû rappeler qu'après l'évocation des trois grands noms (Laennec, Cl. Bernard, Pasteur), j'ai dit qu'ils « appartenaient à l'humanité tout entière ».

A propos d'une de mes phrases qui manquerait, paraît-il, de précision, le rédacteur du même journal s'empresse de dire que nous, Français, nous nous attribuons le don de la clarté dans le style. Encore une erreur d'interprétation. La clarté peut être dans tous les esprits, elle n'est pas dans toutes les langues, et la nôtre n'est claire qu'en raison de sa pauvreté en mots, ce qui constitue la nécessité de toujours tomber sur le mot juste et propre.

Abordant un autre ordre d'idées, le journal anglais croit voir dans une allusion au président Krüger à propos d'une réception généreuse et *humaine* comparée à une autre, un sentiment d'hostilité à son pays. Puis, il en arrive encore par l'habitude du grossissement de la paille dans l'œil du voisin, à déplorer notre chauvinisme. Encore deux erreurs d'interprétation. Les Anglais, presque maîtres en hospitalité, ne peuvent nous reprocher d'en avoir accompli les principaux devoirs, même pour un vieillard qu'un lamentable concours de circonstances a transformé en ennemi. D'autre part, le patriotisme est un devoir ; le chauvinisme, une faute. Dans le premier, il n'y a que de l'amour pour son pays, sans haine ni hostilité pour les autres, ce qui existe, hélas, pour le chauvinisme. Or, quelles que soient les fautes ou erreurs, nous n'avons pas de haine pour les Anglais, nous envions à ce grand pays, non seulement sa position insulaire, mais aussi la force de sa volonté avec la libéralité et la pérennité de ses institutions.

Comme il serait même souhaitable — en ce qui concerne la médecine — que nous puissions lui être « annexés » pour son remarquable mode d'enseignement ! J'ai été à même de l'apprécier à la suite de trois voyages que j'ai faits dans ce pays depuis trente ans — cela sans intention « d'annexion intellectuelle » — et j'y ai aussi puisé les éléments des réformes de l'enseignement médical en France. Récemment, je suis revenu sur cette question de nos concours médicaux, sans vouloir incriminer les membres de nos jurys, et pensant que l'injustice est bien plus souvent dans les institutions que chez les hommes. C'est là mon dernier mot, étant bien décidé à ne plus traiter de ces irritantes questions, et je dis à mes collègues : allez dans certains pays, en Angleterre surtout, et voyez ce qu'une forte et juste organisation de l'enseignement médical promet pour l'avenir.

Après cette parenthèse, je termine ce trop long article en disant amicalement et sincèrement au *British medical Journal* : Qu'il se rassure et se modère ! Car, l'âge arrive où se refroidissent les ardeurs d'apôtre, où fléchit l'esprit de combativité, où l'âme un peu lasse et désabusée laisse déjà pénétrer la désespérance, cette proche parente de l'inaction ! alors, je n'ai plus qu'un souhait. Le voici :

Que l'auteur de l'article en question (lequel doit être jeune encore et impétueux) vienne en France, et s'il aime un peu notre pays comme nous aimons le sien, s'il est patriote sans être chauvin, c'est-à-dire sans la haine qui étouffe ou obscurcit le sentiment patriotique, il nous rendra un grand service en remplissant pour quelques moments à notre égard les fonctions d'apôtre, en tâchant de nous « évangéliser », de nous « annexer » au point de vue de l'organisation médicale. Ici, il recevra un très cordial accueil, même de la part de celui qui signe ces lignes, et qu'une spirituelle et malicieuse raillerie (quoique certainement injuste), sans parvenir à le convaincre, a réussi à mettre de bonne humeur. — H. H.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur le traitement électrique de l'œsophagisme.

Par H. Bordier
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

On sait que l'œsophagisme consiste dans une contracture des muscles œsophagiens donnant lieu à un rétrécissement plus ou moins marqué du conduit et par suite à une dysphagie plus ou moins complète, d'une durée variable.

Le spasme des fibres lisses de l'œsophage est une névrose qui peut être idiopathique, symptomatique ou sympathique.

L'œsophagisme idiopathique peut se développer chez certains sujets prédisposés par une certaine impressionnabilité, à la suite d'une émotion morale vive, frayeur, colère, passion triste : l'œsophagisme apparaît chez ces malades, tantôt seul, tantôt associé à d'autres manifestations névropathiques.

L'œsophagisme symptomatique succède aux affections diverses de l'œsophage; les causes irritantes peuvent quelquefois le déterminer; il en est de même de certaines substances toxiques, belladone, arsenic, champignons vénéneux, etc.

Enfin l'œsophagisme sympathique est le résultat d'une affection siégeant dans un autre organe, quelquefois très éloigné de l'œsophage : certaines femmes accusent pendant leur grossesse une dysphagie avec resserrement de l'œsophage, troubles qui disparaissent après l'accouchement.

La contraction de l'œsophage constituant le spasme obéit, comme la contraction physiologique de l'acte de la déglutition, à l'influence du système nerveux. La déglutition est un acte réflexe : l'excitation portée par le bol alimentaire sur la périphérie des nerfs sensitifs de la muqueuse est transmise au bulbe et renvoyée par les filets centrifuges du nerf vague aux plexus ganglionnaires qui déterminent une contraction péristaltique du conduit œsophagien. L'action directe sur l'œsophage, l'excitation du nerf vague, produit une contraction de même nature.

A quoi reconnaît-on l'œsophagisme ?

Cette névrose est caractérisée par une dysphagie subite plus ou moins intense, qui dure un temps variable et revient à des intervalles généralement irréguliers.

La dysphagie peut être complète : rien ne passe, ni solides, ni liquides, tout est rejeté, soit immédiatement si le spasme est à la partie supérieure du conduit, soit après un certain temps, si le spasme siège plus bas; dans ce cas, le malade régurgite, en même temps que les substances ingérées des masses de mucus avec des gaz.

Habituellement, la dysphagie est incomplète ; les aliments stationnent quelques temps, puis finissent par passer au bout d'un temps variable : le spasme se résout. La fin du spasme est quelquefois marquée par des éructations ou l'émission d'urines claires, pâles (urines nerveuses).

Le spasme se déclare souvent au milieu d'un repas chez un individu bien portant : tout d'un coup il ne peut plus avaler; il a la sensation d'un corps étranger arrêté dans le cou, alors que cependant il n'en est rien.

La dysphagie caractéristique de l'œsophagisme, rarement indolore, s'accompagne presque toujours d'une sensation douloureuse de brûlure, de constriction dans le cou et la poitrine. Les muscles du larynx, du thorax, le diaphragme peuvent participer à l'état spasmodique, et alors, chez les sujets nerveux, l'œsophagisme s'accompagne d'un ensemble de symptômes, tels que dyspnée, angoisse, hoquet, etc.

Les accès d'œsophagisme se renouvellent après un temps variable sous l'influence de causes diverses : les émotions, la peur du spasme, la colère, le froid, peuvent ramener des accès d'œsophagisme. Quant à la durée d'un accès, elle est très variable depuis quelques minutes jusqu'à des jours, des semaines et des mois ; dans ce dernier cas, l'œsophagisme est chronique ; il n'existe pas d'ordinaire d'une façon continue, mais se déclare par phases intermittentes dans l'intervalle desquelles cependant les symptômes peuvent ne pas disparaître complètement. Cette forme intermittente, ou plutôt continue avec exacerbations intermittentes, peut durer pendant de longues années, 5, 10, 15, 30 ans même (cas observé par Lasègue).

Indépendamment des symptômes que nous venons d'indiquer rapidement, la cathétérisme permet de se rendre compte de l'existence d'un rétrécissement au point où siège la contracture spasmodique, la sonde œsophagienne est arrêtée plus ou moins complétement. Souvent après un effort plus ou moins prolongé ou simplement par l'action de la sonde laissée en place, les fibres se relâchent, rapidement ou graduellement, on sent alors la sonde franchir la région rétrécie et pénétrer vers l'estomac.

Quel est le traitement de l'œsophagisme ?

Il est tout d'abord bien entendu que si le spasme œsophagien est symptomatique d'une lésion locale ou sympathique d'une affection d'un organe éloigné, c'est cette maladie qui entretient le spasme que l'on devra traiter avant tout.

Si l'œsophagisme est idiopathique ou si la cause échappe au diagnostic ou encore si l'œsophagisme persiste malgré le traitement de la cause qui lui a donné naissance, il est du devoir du médecin de cher-

Digitized by Google

cher à lutter directement contre le spasme. Pour cela, des méthodes variées, nombreuses, ont été préconisées ; en tête, figurent tous les antispasmodiques de la matière médicale, qui n'ont pas toujours donné des résultats bien appréciables.

En outre du traitement électrique, que nous étudierons plus spécialement ici, il faut mentionner le cathétérisme et la dilatation.

Le cathétérisme peut se faire à l'aide d'une sonde en caoutchouc comme celle de Huchard, ou en gomme. Quelquefois, le contact prolongé modifie peu à peu l'excitabilité de la muqueuse et la contracture diminue progressivement.

La dilatation, au moyen d'olives, peut, dans quelques cas, arriver à triompher du spasme : on a aussi utilisé dans ce but des tiges de laminaire laissées en place pendant une demi heure à deux heures.

Récemment, Ebstein (Société de médecine de Vienne, mars, 1898), a imaginé de triompher du spasme œsophagien en se servant d'un tube de caoutchouc tendu sur une baguette au moyen d'un fil; après que l'ensemble est introduit dans l'œsophage, on lâche le fil : le tube de caoutchouc, en reprenant sa longueur primitive, dilate le rétrécissement : on le laisse en place pendant une à six heures, selon les cas.

Tous les procédés sont moins énergiques et aussi moins efficaces que le traitement électrique convenablement appliqué. On a essayé déjà depuis longtemps cet agent physique et on a signalé de bons résultats ; mais les auteurs qui ont usé de l'électricité n'ont pas donné, en général, une technique bien détaillée de l'électrisation qu'ils ont appliquée. Or, ici, la technique est d'une haute importance.

L'électrothérapie de l'œsophagisme peut être tentée de deux façons différentes, par application indirecte du courant et par application directe dans l'œsophage au niveau de la contracture spasmodique.

Electrisation indirecte. — Le premier procédé que nous allons examiner tout d'abord est beaucoup moins actif que le second, mais il a cependant donné des résultats favorables. Il consiste à diriger les lignes du flux du courant galvanique à travers le nerf vague de chaque côté du cou ; pour cela, on applique au niveau de l'intervalle compris entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien deux électrodes de 20 centimètres carrés, bien humectées d'eau chaude, que l'on relie l'une et l'autre (couplage en quantité) au pôle positif d'une source de courant constant, par exemple une batterie de piles

L'électrode indifférente d'une surface de 100 à 150 cent. carrés est appliquée sur la région sternale ou plus bas au niveau de l'estomac.

Le courant doit être amené progressivement, à l'aide d'un rhéostat, ou à défaut de cet appareil, à l'aide d'un bon collecteur d'éléments, à l'intensité voulue. Celle-ci peut être portée à une valeur comprise entre 25 et 50 milliampères, sans que le malade accuse une sensation bien désagréable, car la densité électrique reste relativement faible. Cette intensité est nécessaire si l'on veut être sûr que le courant pénètre jusqu'au niveau des pneumogastriques: avec une valeur moindre, tout le courant passerait par les régions musculaires de moindre résistance que le tissu nerveux, ainsi que l'apprennent les lois des courants dérivés. On n'aurait, par conséquent, pas grandes chances de guérir, dans ces conditions, le spasme œsophagien. Combien de fois pourtant, le courant électrique est-il appliqué sans que le médecin se préoccupe de ces questions de densité, de résistance électrique des tissus, etc. Quoi d'étonnant alors que le même agent thérapeutique donne dans des mains exercées des résultats complètement différents de ce qu'il avait pu produire avant !

En opérant comme nous venons de l'indiquer, le courant galvanique provoque une perturbation dans les vagues, perturbation qui peut finir par modifier le caractère de la contracture spasmodique et la faire disparaître.

La galvanisation des pneumogastriques produit, non un mouvement péristaltique de l'œsophage, comme on pourrait le penser à *priori*, mais une contraction en masse (Mosso, Ranvier). On comprend par suite que cette contraction ainsi provoquée puisse agir sur celle qui existait spasmodiquement auparavant et en amener la disparition.

La durée de chaque séance sera de 15 à 20 minutes et le malade sera traité tous les jours.

Zenker et Ziemssen rapportent le cas de deux malades atteints d'œsophagisme chez lesquels le traitement galvanique percutané donna « des résultats surprenants et qui se maintinrent grâce aux séances répétées » qu'ils firent.

On devra donc, avant d'en arriver à l'électrisation directe de la contracture œsophagienne, commencer par la méthode précédente, indirecte, plus douce et plus facile aussi à appliquer. Si, après une quinzaine de séances, un résultat favorable n'apparaît pas, on peut avoir recours à l'application directe que nous allons maintenant décrire.

2° *Electrisation directe.* — Nous possédons en électrothérapie trois formes de courants électriques pour agir sur le spasme œsophagien : 1° la franklinisation hertzienne ; 2° la faradisation ; 3° la galvanisation.

Quelle que soit la modalité électrique utilisée, il convient d'examiner d'abord l'électrode active que l'on devra placer en contact avec la muqueuse de l'œsophage au point rétréci.

On peut avoir recours soit à des olives métalliques

Digitized by Google

de diamètres croissants adaptées à l'extrémité d'un conducteur isolé et portant à l'autre extrémité une borne pour l'arrivée du courant.

L'olive, de grosseur convenable, un peu plus grosse que la sonde œsophagienne pouvant franchir le rétrécissement, est introduite dans l'œsophage au moyen du conducteur métallique recouvert d'un isolant en gomme ou en baleine.

Un autre moyen consiste à utiliser des bougies œsophagiennes portant, à partir du point où elles cessent d'être coniques pour devenir cylindriques, une bague métallique de deux centimètres de hauteur. Cette bague est sertie dans la bougie au moyen d'une goupille qui est elle-même en relation électrique au moyen d'un fil de cuivre avec une borne placée à l'extrémité supérieure de la bougie. Telles sont nos bougies œsophagiennes construites tout à fait sur le modèle de nos bougies électrolytiques urétrales. On choisit dans la série la bougie qui fait éprouver à l'opérateur, au moment où la bague qui fait une légère saillie, arrive au niveau de la contracture, la sensation d'un obstacle, et l'on dispose la partie métallique en plein rétrécissement. Pour cela, on peut déterminer le siège du spasme avec une sonde œsophagienne ordinaire, et marquer sur la bougie le point où l'on doit arrêter l'introduction pour que la bague corresponde bien à la contracture.

Fig. 1
Bougie œsophagienne de l'auteur.

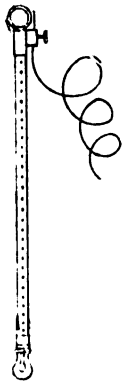


Fig. 2
Olive préparée pour la galvanisation de l'œsophage.

Avec l'une ou l'autre électrode, olive ou bougie, on peut appliquer les deux premières modalités électriques énoncées plus haut : la franklinisation hertzienne et la faradisation. Quant à la galvanisation, nous indiquerons comment on doit disposer l'électrode pour se mettre à l'abri des actions destructives de l'électrolyse, actions inévitables quand le métal est appliqué nu sur la muqueuse.

1° *Franklinisation hertzienne.* — De la franklinisation hertzienne, nous dirons peu de chose, car tous les médecins ne peuvent l'appliquer; donnons-en cependant un aperçu rapide.

Cette franklinisation spéciale est produite au moyen d'une machine statique aux collecteurs de laquelle on suspend deux bouteilles de Leyde ; l'armature interne de l'une est reliée au sol par une chaîne, tandis que l'armature externe de l'autre est reliée à l'excitateur approprié pour l'application que l'on a en vue : conducteur à olives, bougie œsophagienne, etc.

Les boules polaires de la machine sont alors rapprochées suffisamment pour que les étincelles jaillissent à raison de 8 à 10 par seconde.

Dans ces conditions, il se produit des oscillations hertziennes effectuant des millions et des billions d'alternances par seconde, grâce à la décharge oscillante des condensateurs. Ces oscillations peuvent donner lieu à des phénomènes de résonance électrique et impressionner le cohéreur de Branly (télégraphie sans fil).

Quand les connexions sont disposées comme il vient d'être dit, le champ hertzien est concentré par les fils des deux bouteilles de Leyde et ainsi amené au sol.

Les excitations résultant de l'emploi de la franklinisation hertzienne sont énormes, mais on peut les graduer en donnant une vitesse convenable à la machine statique ou en réglant la capacité des condensateurs. Les fibres musculaires subissent une contraction énergique qui peut amener les meilleurs résultats dans le spasme œsophagien. Pour appliquer cette modalité électrique au cas qui nous occupe, le malade est placé assis, et non isolé, près de la machine et l'électrode choisie, olive ou bougie, est introduite dans l'œsophage; aussitôt la chaîne de la bouteille de Leyde suspendue au pôle positif est fixée à la borne du conducteur œsophagien, la machine étant déjà en action.

L'excitateur est laissé en place aussi longtemps que la susceptibilité du malade le permet; pour le reste de la technique, on opérera comme nous le dirons à propos de la faradisation.

L'action de la franklinisation hertzienne est de même ordre que celle du courant faradique sur lequel nous allons donner toutes les indications techniques désirables.

2° *Faradisation.* — Le courant faradique est souvent appelé, mais improprement, courant d'in-

Digitized by Google

duction : il est obtenu à l'aide d'une bobine, genre Ruhmkorff, qui est d'un transformateur à circuit magnétique ouvert.

Tous les médecins possèdent une bobine plus ou moins bien construite : malheureusement, ces petites bobines ont presque toujours un fil induit trop fin, ou plutôt le rapport du nombre des spires de la bobine induite à celui de la bobine inductrice est beaucoup trop grand; le coefficient de transformation est trop considérable ; ces bobines donnent trop de tension et pas assez de quantité. Elles sont bien faites pour agir sur la sensibilité ; elles sont très mauvaises pour agir sur la contractilité. Donc, aux confrères qui voudraient faire l'acquisition d'une bobine médicale, nous disons : Prenez une bobine dont le fil induit soit gros et ne faisant pas un nombre de spires trop considérable ; de cette façon, vous pourrez provoquer des contractions musculaires très énergiques *sans faire souffrir vos malades*, contrairement à ce que vous voyez le plus souvent.

Pour actionner une bobine, une pile au bichromate convient bien ; si l'on dispose du courant industriel, il sera encore plus commode de charger un accumulateur placé en tension sur une lampe de 10 ou 16 bougies et d'utiliser cet accumulateur pour fournir le courant primaire à la bobine.

Supposons donc que l'on possède une bonne bobine médicale, voyons la technique et le mode d'action de la faradisation.

Le courant faradique est appliqué dans l'œsophage soit avec une des bougies précédemment décrites, soit avec le conducteur à olives. La borne du cathéter électrique est reliée à l'un des fils venant de la bobine induite. Quant à l'autre fil, on le met en rapport avec une électrode bien mouillée que l'on applique sur une région musclée, par exemple sur la face dorsale de l'avant-bras, au niveau du point moteur des extenseurs des doigts.

La bougie ou l'olive est alors introduite dans l'œsophage comme un cathéter ordinaire, jusqu'à ce que la partie métallique soit arrivée au niveau de la région resserrée.

Le courant est alors fermé et son intensité doit être progressivement augmentée jusqu'à ce que l'on voie se produire une bonne contraction des muscles situés sous l'électrode humide, à l'avant bras. L'augmentation de l'intensité du courant faradique peut être produite soit à l'aide d'un rhéostat à liquide, soit à l'aide du déplacement de la bobine induite mobile ; dans ce dernier cas, celle-ci est d'abord éloignée de la bobine inductrice avant la fermeture du courant, et ensuite rapprochée peu à peu.

L'électrode active est laissée en place aussi longtemps que le malade peut la supporter ; quand celui-ci déclare qu'il ne peut plus tolérer le cathéter, on arrête le courant et on retire la tige.

On replace l'électrode œsophagienne dès que le malade s'est reposé suffisamment et l'on recommence la faradisation continue.

On doit s'efforcer de laisser agir le courant dans une même séance pendant une durée totale de 15 à 20 minutes.

Quel est le mécanisme de l'action du courant ainsi appliqué ? La faradisation continue, faite sans produire d'interruptions dans le circuit pendant l'application, amène une contraction des fibres de l'œsophage, comme on s'en rend très bien compte pendant les séances. En agissant sur les fibres qui sont contracturées spasmodiquement (et qui constituent le rétrécissement) on amène par le courant faradique une contraction encore plus énergique de ces fibres, contraction qui finit par fatiguer, épuiser le muscle. A la suite de cet épuisement, les fibres précédemment contracturées se relâchent et reviennent à leur longueur normale.

C'est la même méthode qu'il convient aussi d'employer dans le traitement des contractures des muscles striés ; quand le muscle a été fatigué, épuisé pendant un temps suffisamment long, il se relâche complètement et la guérison ne tarde pas à apparaître.

Les séances doivent être répétées tous les jours jusqu'à l'obtention d'une amélioration sensible ; on le fera ensuite tous les deux jours seulement.

Pour confirmer l'efficacité de ce traitement, nous citerons une observation de MM. Régis et Debedat (1) relative à un malade atteint de spasme de l'œsophage pour lequel on avait essayé, sans le moindre succès, toutes les drogues de la pharmacopée, y compris les mixtures les plus compliquées.

Voici la partie de l'observation relative au traitement électrique et qui nous intéresse surtout :

« L'idée du traitement mis en œuvre ici nous était venue quelques jours avant, à propos d'un malade atteint de spasmes œsophagiens et de vomissements incoercibles d'origine névropathique. Ce premier patient, rappelé à Paris, lieu de sa résidence, pour raison d'affaires, avait dû partir prématurément, mais il avait été notablement amélioré en douze séances.

L'instrument employé consiste simplement en une olive œsophagienne en métal, montée sur tige de baleine et en connexion électrique avec la poignée, munie d'une borne d'attache.

L'appareil générateur du courant est un appareil faradique ordinaire, pourvu d'un rhéostat à liquide.

Le premier jour, le cathétérisme œsophagien est

(1) Archives d'électricité médicale, 1896, p. 321.

Digitized by Google

absolument impossible. Le réflexe pharyngien est intact et l'usage de tout anesthésique est repoussé.

Dès la seconde tentative, l'olive peut être avalée. Une électrode de 100 centimètres carrés fixée au niveau du poignet, le courant est poussé jusqu'à ce que se produise une contraction énergique des muscles du membre supérieur.

Grâce à la bonne volonté du patient, chacune des applications dure un quart d'heure ; au cours des séances le malade cause librement.

Sous l'action du courant et à l'insu même du malade, une contraction annulaire de l'œsophage se produit par instants au-dessus de l'olive ; elle dure de cinq à dix secondes, assez énergique pour entraîner la sonde tenue à la main et pour briser une monture peu robuste.

En tout, dix-sept séances furent faites.

Tout d'abord, les spasmes diminuèrent de fréquence et d'intensité : bientôt, ils ne se produisirent plus qu'au moment des trois repas. Enfin, il n'y en eut plus qu'un ou deux par jour ; puis plus un seul. Le malade est complètement guéri.

Cette guérison n'est attribuable qu'à l'électrothérapie, ajoute M. Régis, car ce fut à dater du jour où les séances d'électricité furent complètes et bien supportées par le malade que se produisit le changement en mieux. »

Nous n'avons rien à ajouter à cette observation qui vient démontrer l'efficacité de la technique que nous recommandons pour appliquer la faradisation au traitement de l'œsophagisme.

3° *Galvanisation.* — Il nous reste à indiquer le traitement par la troisième modalité électrique, la galvanisation.

Un certain nombre d'auteurs conseillent d'appliquer dans les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage, le courant galvanique, dit continu, à l'aide d'une olive métallique amenée contre la région rétrécie et reliée au pôle négatif de la source. Nous ne partageons pas du tout cette manière d'opérer ; le courant continu ne peut pas, dans ces conditions, ne serait-ce qu'avec quelques milliampères, ne pas déterminer des effets électrolytiques au niveau de la muqueuse en contact avec l'olive nue. Or, les actions tertiaires de l'électrolyse qui se passent là, sont fatalement suivies de la production d'un tissu cicatriciel qui peut créer alors un vrai rétrécissement, qui lui, n'est plus spasmodique, mais bien définitif.

Le problème à résoudre consiste à appliquer au niveau du point atteint de spasme la galvanisation sans s'exposer à provoquer les actions destructives de l'électrolyse. Il est important de chercher à pouvoir ainsi faire agir le courant continu sur un muscle à fibres lisses, comme l'œsophage, à cause de la grande facilité d'excitation qu'a cette forme de courant sur ces fibres.

Voici comment on doit résoudre la question : on prend une olive, la plus petite de la série pouvant se visser au conducteur œsophagien et on l'entoure de coton mouillé, puis exprimé de manière à constituer une boule allongée du calibre correspondant au rétrécissement à traiter. Cela fait, on entoure l'olive plastique, mais dure, ainsi formée avec de la gaze qui est solidement fixée à l'aide d'un fil à la base du conducteur isolé.

L'olive préparée de cette manière constitue une véritable électrode qui peut être introduite dans l'œsophage jusqu'à la région contracturée.

On relie alors la borne de la tige œsophagienne au pôle négatif d'une source d'électricité galvanique pendant que le pôle positif est fixé à une électrode de 100 centimètres carrés appliquée sur le sternum.

Le courant est alors amené peu à peu jusqu'à une intensité comprise entre 5 et 8 milliampères ; pour cela, il est utile de posséder un rhéostat à liquide ou à son défaut un bon collecteur d'éléments.

Sous l'influence de la galvanisation ainsi pratiquée, on n'a pas à craindre la production d'effets électrolytiques dans l'œsophage : il n'y a que l'excitation des fibres lisses qui se manifeste d'une façon énergique et qui entrent en contracture plus forte que celle qui existait auparavant spasmodiquement. Le tétanos des fibres lisses existe en effet, et se produit surtout avec le courant continu et le pôle négatif, mais ce tétanos survient progressivement et sans secousses (Beaunis).

Comme pour la faradisation, l'électrode est laissée en place aussi longtemps que le patient peut la supporter ; elle est alors retirée après que le courant a été ramené progressivement à zéro; puis remise quand le malade est de nouveau disposé à la déglutir.

Autant que possible, la séance doit être telle que le courant agisse 10 à 15 minutes sur les fibres contractées. La fatigue musculaire produite par la galvanisation ainsi appliquée est certainement plus complète encore qu'avec le courant faradique et aura raison par conséquent du spasme.

Telles sont les ressources que l'électrothérapie offre pour le traitement de l'œsophagisme. C'est à chaque médecin à appliquer d'après les cas qui se présentent à lui telle méthode qu'il croit la plus favorable.

D'une manière générale, tout médecin peut adopter la règle de conduite suivante : tout d'abord, essayer la méthode indirecte. Si celle-ci ne réussit pas assez vite, recourir à la faradisation continue et n'employer la galvanisation directe qu'après avoir épuisé les deux premiers procédés.

Digitized by Google

Consultation Thérapeutique

Le pyramidon et ses usages

Ce médicament semble avoir un regain d'actualité depuis la communication de MM. Robin et Bardet au Congrès de médecine, et depuis les intéressantes recherches de Bertherand (*Soc. Thér.* 1901). Ce fait n'est pas pour nous déplaire, car nous tenons pour certain que le pyramidon est un excellent médicament, et depuis la thèse de M. Legendre (*Paris* 1897) où nos premières recherches sont exposées, nous avons maintes fois employé le pyramidon en thérapeutique, grâce au bienveillant conseil de M. Huchard qui nous a engagé à faire des recherches dans son service. C'est le résultat de notre expérience personnelle et de la sienne, concordant du reste avec les observations récentes que nous désirons exposer dans une vue d'ensemble.

Le pyramidon se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline ou grenue, d'une saveur légèrement amère mais non nauséeuse, assez soluble, environ au 1/10, prenant avec le perchlorure de fer une teinte bleu violacé intense, donnant des précipités blancs avec l'iodure de mercure et de potassium, le chlorure de mercure, le réactif de Millon, le tannin ; une coloration violette avec le chlorure d'or, avec l'iodure de potassium ioduré, avec la teinture d'iode.

L'eau bromée, avec une solution concentrée de pyramidon donne une coloration noir d'encre, l'acide nitrique donne une coloration d'un bleu légèrement violet, de même le nitrate d'argent. L'iodure de bismuth et de potassium fournit un précipité orangé, le bicarbonate de potasse précipite des flocons bruns. Pour quelques-unes de ces réactions, la chaleur dissout les précipités ou les fait changer de couleur.

Dans quelques cas, l'urine des malades qui ont pris du pyramidon, peut prendre une teinte rougeâtre, mais il paraît n'y avoir dans ce fait qu'une simple coïncidence, car cette teinte rougeâtre s'observe dans beaucoup d'états fébriles et lorsque le foie fonctionne mal. Si le pyramidon ne paraît pas à lui seul déterminer des modifications de coloration, du moins on peut déceler la présence dans l'urine un moyen de réactions chimiques. Hoffmann (*Nouveaux remédes*, 8 juin 1900) conseille l'iodure de potassium ioduré ou bien l'iodure de bismuth et de potassium. Pour nous, nous nous sommes servis du perchlorure de fer et nous avons pu constater que l'élimination du pyramidon par les urines se fait une demi-heure environ après l'ingestion et cesse deux heures ou deux heures et demie après. Nos observations ne concordent pas avec celles d'Hoffmann qui prétend qu'on ne peut pas déceler le pyramidon dans les urines des phtisiques, car nous avons trouvé la réaction au perchlorure de fer chez tous les malades quels que soient la forme, le degré ou l'âge de la tuberculose.

D'ailleurs, Hoffmann, qui admet la décomposition du pyramidon dans l'organisme, ne peut dire où il se décompose et n'a pu trouver où et comment se faisait son élimination.

Lorsque Filehne (*Berl. Kl. Wochens* 1896, n° 48) présenta ce nouveau médicament au public médical, il lui attribua les trois qualités primordiales : analgésique, antinervin, antithermique avec avantages sur l'antipyrine d'un effet plus constant et plus persistant, plus rapide et des inconvénients moindres, à savoir : absence d'influence sur la tension cardiovasculaire, augmentation plutôt que diminution de la diurèse, toxicité faible. Ces faits ont été vérifiés et corroborés par Legendre (*Th. Paris* 97) sauf en ce qui concerne la diurèse pour laquelle, même maintenant, je crois devoir faire des restrictions. Depuis ces travaux, tous les auteurs sont presque unanimes pour constater les propriétés du pyramidon. Quitte à des redites, citons des faits ;

Kobert le recommande comme un excellent antipyrétique chez les tuberculeux, car il a l'avantage de fortifier le cœur au lieu de l'affaiblir, il n'amène ni dénutrition, ni amaigrissement.

A la dose de 0,30 centigr. *pro die*, Hoffmann a obtenu au cours d'une endocardite une apyrexie complète et durable. Klein (*Soc. Thérap. 1900*) a employé le pyramidon à la dose de 0,60 centigr. chez une migraineuse qui avait de l'intolérance pour l'antipyrine se manifestant par des éruptions. Le résultat fut bon malgré que le pyramidon produisît une légère éruption papuleuse limitée à la face et au cou, et durant 24 heures. Klein confirme également les propriétés antithermiques du médicament. Cette action se produit à doses plus faibles et plus rapidement qu'avec l'antipyrine, comme l'a constaté à nouveau Kovalewski (*Bull. Thér.* 1900). Plus récemment, au Congrès de médecine, MM. Robin et Bardet ont vanté les propriétés antipyrétiques, analgésiques du pyramidon, qu'on peut employer jusqu'à 2 et 3 gr. en 24 heures. Il en font un excellent antinervin, mais qui jouerait un rôle néfaste dans le diabète. Il augmente les échanges et élève considérablement le coefficient azoturique. Il calme les névralgies et le rhumatisme. Filehne et Spiro (*Bull. Thér.* 1900, p. 72), croient que l'action est plus lente que celle de l'antipyrine, mais plus durable : il ne produit pas de dégénérescences d'organes, ralentit le pouls et rehausse la tension artérielle. Ils ont eu à constater les heureux effets chez douze malades atteints d'affections diverses comme la péritonite tuberculeuse, la pseudo-leucémie, les polynévrites, les cancers du sein douloureux, l'érysipèle, la tuberculose. Chez quatre

Digitized by Google

malades atteints de néphrite, on n'observa aucune action néfaste sur le rein.

Enfin, Gerest et Rigot (*Loire méd.* nov. 1900), le considèrent comme activant les échanges, l'ont employé dans 10 cas de fièvre typhoïde à la dose de 0.50 centigrammes à 1 gramme par jour, ils n'ont observé aucun inconvénient, la quantité des urines n'a pas baissé et l'albuminurie n'a pas augmenté, au contraire, elle s'est améliorée. Deux fois, il se produisit une légère éruption sudorale. Dans une observation terminée par hémorrhagie intestinale, albuminurie massive, oligurie, le pyramidon, s'il n'a pu empêcher l'évolution fatale, a été néanmoins très bien toléré et n'était pour rien dans la genèse des accidents.

Bertherand qui a utilisé le camphorate acide de pyramidon, lui assigne comme propriétés d'augmenter les échanges et d'élever considérablement le cœfficient azoturique. Ce médicament fait, en effet, augmenter le sucre chez les diabétiques et augmente les échanges organiques gazeux chez les tuberculeux. L'action antipyrétique est réelle, mais provoque des sueurs profuses, c'est pourquoi Bertherand lui a associé de l'acide camphorique. Chez les migraineux, il n'agirait, d'après lui, que dès le début de l'accès. L'action est très irrégulière et très variable dans le rhumatisme subaigu et le rhumatisme chronique, nulle dans le rhumatisme aigu. Bertherand n'a observé qu'une fois un érythéme ortié et jamais aucun trouble de l'appareil circulatoire.

En ce qui nous concerne, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit, c'est un excellent antinervin, qui calme bien les céphalalgies, les névralgies rhumatismales, la sciatique, c'est un bon antipyrétique qui se recommande particulièrement dans la tuberculose fébrile et dans nombre d'états infectieux, avec cet avantage qu'il n'est pas nauséeux, qu'il agit plus vite et à moins forte dose que l'antipyrine et qu'il est parfaitement bien toléré.

L'affection dans laquelle il nous a donné de bons résultats est la grippe, et il ne nous paraît pas inutile de nous appesantir un peu à ce sujet. L'emploi du pyramidon dans cette maladie m'a été suggéré par une curieuse observation que j'ai rapportée dans la thèse du Dr Legendre : un malade, sujet aux bronchites chroniques, très artérioscléreux, entre dans le service de M. Huchard parce qu'il est mal en train, fatigué, et présente une crise de tachycardie. Son état général est celui d'un homme qui couve quelque maladie. En effet, quatre jours après son entrée, il a des frissons, des douleurs lancinantes vagues et diffuses, dans toute la partie gauche de l'abdomen, la fièvre s'élève, une bronchite avec expectoration abondante prend naissance. Puis la température monte à 40, on entend des râles disséminés dans la poitrine. Une crise de tachycardie survient avec le pouls à 180, tellement rapide qu'il est presque incomptable et donnant au tracé une pseudo-anachrotisme du pouls.

En même temps, crise douloureuse précordiale. Les sueurs sont abondantes. Les céphalées et le lombago s'accusent et ont alors nettement les allures grippales. En somme, il s'agissait d'une crise tachycardique chez un scléreux à l'occasion d'une grippe. Avec 0,50 centig. de pyramidon, la température cède et le pouls tombe à 76, le tracé suivant comparatif

montre la différence. Puis, l'action du médicament ayant cessé, les mêmes phénomènes se reproduisent pendant plusieurs jours, à savoir : oligurie, fièvre, tachycardie, douleurs précordiales, cédant momentanément, après une crise sudorale par l'administration d'un gramme de pyramidon. La toux ni la bronchite n'étaient influencées. Au bout de six jours, tout rentra dans l'ordre, et le malade sortit guéri.

L'expérience étant nette, dès l'élimination complète du médicament, les phénomènes morbides reparaissaient, l'action thérapeutique était donc transitoire, mais certaine ; et elle était aussi nette avec 0,50 centig. qu'avec 1 gramme ; ce qui nous amenait à conclure logiquement que la méthode la plus sûre en résultats positifs consistait en l'administration fragmentée et fréquente du médicament. C'est ce que je fis depuis nombre de fois et je n'eus qu'à m'en louer.

J'ai pu employer le pyramidon, tout récemment, chez une dizaine de malades grippés, en le donnant à doses fragmentées toutes les 2 heures et en l'associant au bibromhydrate de quinine. Avec une hygiène bien comprise, une alimentation bien réglée, et, dès le début, un purgatif léger et agréable, au citrate de magnésie, par exemple, pour éviter les vomissements fréquents au début de la grippe, en 48 heures à 3 jours, les symptômes alarmants du début, fièvre vive à 40°, courbature, céphalée, s'amendent et disparaissent. L'action bienfaisante du pyramidon, seul ou associé à un sel de quinine, et à ce point de vue le bibromhydrate est le mieux toléré, se fait très rapidement sentir. Son action est d'autant plus utile qu'on connaît le rôle néfaste joué par

Digitized by Google

la grippe pour donner le coup de fouet à d'autres maladies chroniques ; c'est ainsi que nous l'avons vue donner des crises de tachycardie chez les artério-scléreux et que nous l avons vue réveiller les douleurs fulgurantes du tabes qui prenaient alors une acuité et une ténacité extraordinaires. Dans ces cas, le pyramidon a une influence heureuse, associé, du reste, avec une autre médication appropriée répondant aux diverses indications, car en thérapeutique il faut faire de la pathogénie.

Comment employer le pyramidon? — La façon la plus simple est dans l'usage des cachets que l'on peut faire de 0,10 centigrammes. En raison de sa facile solubilité, on peut également l'employer en solution, comme, par exemple, de la façon suivante :

Pyramidon	1 gramme
Eau distillée	75 —
Sirop d'écorces d'oranges	25 —

Chez des malades atteints de sciatique, Bertherand a pu employer la méthode hypodermique en injectant 1 centim. cube de la solution suivante :

Pyramidon	1 gramme
Eau distillée	10 centim. cubes

Le même auteur conseille également l'emploi du camphorate neutre ou du salicylate de pyramidon.

On aura très souvent avantage, surtout dans la grippe, d'associer le pyramidon à un sel de quinine. Voici la formule que j'emploie :

Bibromhydrate de quinine	0,10 centigr.
Pyramidon	0,05 —
N° 20	par cachet.

Donner un cachet toutes les 2 heures, de façon à en donner 6 à 8 environ dans les 24 heures. J'insiste sur la nécessité des faibles doses, fréquemment répétées, car les recherches urinaires ont montré la rapide élimination du pyramidon, dont on ne trouve plus de traces au bout de 2 heures.

Pour obtenir un bon résultat, surtout dans les cas de fièvre, ce qui est pour la grippe, il faut donc l'administrer à doses faibles et fréquemment renouvelées, car il faut imiter la maladie pour la combattre; comme elle est continue, il convient de rechercher une action continue des médicaments.

Au contraire, quand il s'agit de phénomènes douloureux qui sont aigus et transitoires, comme l'est par exemple une migraine, il faut frapper un grand coup tout d'abord, et alors donner d'emblée une dose massive variant de 0,30 à 0,50 centigrammes ou plus ; c'est un accident à traiter, il faut agir fort et vite. L'heure du médicament, sa dose, son indication, sont au moins aussi importants, en thérapeutique, que le médicament lui-même. — M. Deguy.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Sirop d'hémoglobine :

Hémoglobine en paillettes	25 grammes
Eau distillée	125 —
Sirop de sucre	850 —

20 grammes ou une cuillerée à soupe renferment 0 gr.50 d'hémoglobine.

On administre habituellement ce sirop dans un peu d'eau gazeuse.

Pommade de Guyon :

Sublimé	0 gr. 02
Eau	25 grammes
Savon pulvérisé	50 —
Glycérine	25 —

Cette pommade est utilisée par l'éminent professeur de Necker pour lubréfier les instruments, et en particulier les sondes uréthrales et les cathéters. Son principal avantage est d'être très glissante. Elle est en outre antiseptique sans être irritante. — (Dr Helouin, *Soc. pharm.*, janv. 1901)

Farine lactée (1)

Sucre pulvérisé	715 grammes
Cacao pulvérisé	250 —
Phosphate de chaux tricalcique	15 —
Glycérophosphate de chaux	15 —
Farine de maïs	150 —
— de lentilles	150 —
— d'avoine	150 —
Vanilline	5 —
Alcool	Q. S.

Faire dissoudre la vanilline dans l'alcool, mêler intimement au sucre, laisser sécher, puis ajouter les autres substances.

Pommade au naphtol camphré et à l'oxyde de zinc :

Naphtol camphré	0 gr. 50
Oxyde de zinc	5 grammes
Vaseline	50 —

Cette pommade donne de bons résultats dans certains cas d'eczéma.

Lavement créosoté :

Créosote	2 grammes
Savon amygdalin	2 —
Jaune d'œuf	n° 1
Eau	500 grammes

Triturer la créosote dans le savon ; ajouter une certaine quantité d'eau chaude. Quand la solution sera refroidie, faire une émulsion avec le jaune d'œuf et compléter les 500 grammes.

La créosote est très soluble dans les dissolutions de savon, et le jaune d'œuf n'a pour but, dans cette formule, que d'atténuer la causticité du lavement — A. G.

(1) Annales de la policlinique de Lille.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Rôle des helminthes dans l'appendicite

Par L Metchnikoff

La question de l'appendicite est une de celles qui sont à l'ordre du jour et voici comment j'ai été amené à m'en occuper. Un de mes amis, médecin et bactériologiste des plus éminents, me fit part, un jour — il y a de cela presque quatre ans et demi — de son inquiétude au sujet de sa fille qui était sur le point de subir l'opération de l'appendicite. La malade, âgée de 19 ans, avait eu, dans l'espace de dix mois, six crises appendiculaires, accompagnées de douleurs vives au point de Mac Burney, de constipation, quelquefois de vomissements. La dernière crise, plus grave que les précédentes, était accompagnée de fièvre et de tremblements généraux du corps. Deux cliniciens des plus éminents confirmèrent le diagnostic d'appendicite à répétition et conseillèrent l'intervention chirurgicale C est alors que l'idée m'est venue de chercher si des crises appendiculaires semblables ne pourraient pas être provo quées par des vers intestinaux Je demandai à mon ami si les matières fécales de la malade avaient été soumises à l'examen microscopique. Sa réponse fut négative. Peu de temps après, il me fit parvenir un peu de déjections de la malade ; au premier coup d'œil on reconnaissait des œufs d'ascaris et de trichocéphales en grand nombre. Aussitôt fut commencé le traitement vermifuge. Les premières doses de santonine amenèrent l'expulsion de plusieurs ascaris. Malgré cela, l'examen microscopique des matières fécales démontrait encore la présence de nombreux œufs des deux espèces de nématodes. Pour cette raison, le traitement vermifuge fut recommencé à divers intervalles ; la cure dura plus de quatre mois. Elle aboutit à l'expulsion de plusieurs autres ascaris et à la guérison définitive de la malade. Depuis le commencement du traitement jusqu'à ce moment, c'est-à-dire depuis presque quatre ans et demi, il ne s'est plus produit une seule crise appendiculaire.

M. Lemoine observe ensuite un enfant de douze ans qui fut pris, en 1897, de phénomènes d'appendicite avec vomissements, empâtement de la région iliaque droite, douleur au point de Mac Burney, à la pression ; constipation. Les accidents ont duré 24 heures et se sont calmés sous l'influence de l'opium à haute dose. L'examen des matières fécales fit voir des œufs de tricocéphales et d'ascaris, à la suite de quoi, après l'amendement des accidents aigus, on administre à l'enfant de la santonine. Vingt-quatre heures après, l'enfant rendit trois ascarides. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, il n'a plus eu d'atteinte semblable. Les selles, examinées quinze jours après l'expulsion des ascarides, ne renfermaient plus d'œufs.

Je dois à l'obligeance de M. Lemoine un second cas, non moins intéressant. Un jeune homme de 23 ans, atteint d'appendicite à répétition, se présenta à lui fin 1896 avec des symptômes classiques de cette maladie. A son entrée à l'hôpital, cet homme souffrait de colique sans diarrhée avec vomissements verdâtres. Il se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite et on constate à ce niveau un large empâtement, ainsi qu'une douleur à la pression au point de Mac Burney.

L'examen des selles révèle des œufs de tricocéphales et d'ascarides. Le lendemain de son entrée, le malade se trouvant dans le même état, on lui donne de la santonine et du calomel. Le soir de la même journée, la malade rend deux ascarides. Les vomissements cessent. Les jours suivants le malade se sent beaucoup mieux, mais l'empâtement, ainsi que le point douloureux persistent encore pendant quelque temps.

Après avoir expulsé encore deux ascarides, le malade entre en pleine convalescence. Une nouvelle dose de santonine n'amène plus l'expulsion de parasites et l'examen microscopique des selles, pratiqué quelques jours plus tard, ne révèle plus la présence d'œufs.

Au dire du malade, il souffrait des mêmes accidents depuis quatre ans, tous les deux ou trois mois. Sa mère est morte d'une maladie du même genre et sa sœur présente des accidents semblables. L'examen de ses selles démontra la présence d'œufs de trichocéphales et d ascarides.

Il s'agit ici d'appendicite familiale. Le malade, revu huit mois après son entrée à l'hôpital, se déclara complètement guéri.

Voici donc trois cas, observés depuis plusieurs années, dans lesquels le diagnostic microscopique dicta le traitement vermifuge et amena la guérison d'appendicites bien caractérisées cliniquement, et sans aucun concours de l'opération.

Mme Arboré-Rally relate la maladie d'un jeune garçon de dix ans qui, constipé depuis quelques jours, ressentit brusquement des douleurs dans l'abdomen. Les purgatifs et les lavements restèrent sans effet.

Le lendemain, les douleurs abdominales devinrent plus violentes, le malade fut pris de vomissements, et le jour suivant il avait de la fièvre, le facies était grippé et le pouls à 120. Comme ces phénomènes, au lieu de s'amender, devenaient encore plus menaçants, deux chirurgiens furent appelés auprès du malade. Ils firent le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée. Vu l'état très grave du malade, les chirurgiens refusèrent d'intervenir. Et cependant, l enfant, après avoir expulsé un ascaris, fut brusquement soulagé. Trois jours après, il se sentait déjà si bien, qu'on a pu lui administrer de la santonine et du calomel, traitement qui fut suivi de l'expulsion d'un

Digitized by Google

second ascaris. Depuis, le malade guérit complètement.

Dans les trois premiers cas, l'appendicite a guéri à la suite du traitement vermifuge, pratiqué après la cessation de la crise appendiculaire. L exemple que je viens de citer nous montre la guérison spontanée d'une crise aiguë, très violente et accompagnée de péritonite, après l'expulsion spontanée d un seul ascaris. On peut supposer que l'intervention chirurgicale, dans des conditions aussi critiques, amènerait difficilement un résultat aussi favorable. D'un autre côté, si, dès le début de la maladie, on avait fait le diagnostic microscopique, on aurait aussitôt prescrit le traitement vermifuge et, par cela, empêché le développement du mal. Du reste, cet examen était indiqué aussi après la guérison, car il est possible qu'une dose de santonine n'ait pas expulsé tous les parasites, et que le malade soit menacé de récidive.

Comme les quatre cas que je viens de rapporter ont été suivis de guérison sans ouverture du ventre, il est impossible de donner des renseignements précis sur l'état de l'appendice. Par contre, il y a dans la littérature toute une série d'exemples, dans lesquels l'appendicite a été liée à la présence des parasites.

Il y a déjà soixante ans que Becquerel (1) a décrit l'autopsie d'un enfant, chez lequel il trouva plusieurs ascaris dans le péritoine et deux autres « étranglés dans une perforation de l'extrémité de l'appendice vermiculaire » Davaine, qui cite ce cas, en rapporte un autre dans lequel l'appendice ulcéré et perforé a laissé passage à quarante-sept ascarides.

Beaucoup plus tard, Natale a communiqué un cas d'appendicite pendant lequel il se développa un phlegmon dans la région sub-inguinale. L'incision donna issue à du pus au milieu duquel on trouva 13 ascaris et l'appendicite gangrené, après quoi, le malade guérit complètement.

Les chirurgiens, dans le courant de l'opération, de l'appendicite, ont également rencontré quelquefois des vers nématodes. Ainsi, récemment, M. Brun a opéré à froid un garçon de douze ans. Après avoir enlevé l'appendice, il a découvert, dans un petit foyer, tapissé d'une fausse membrane, un cadavre de lombric. « Il me paraît évident, conclut M. Brun, qu'au cours de la crise aiguë de janvier, l'appendice perforé a dû laisser échapper ce parasite. » Quelques mois plus tard, M. Guinard communiqua à la Société de chirurgie un autre cas d'appendicite, dans lequel il trouva un trichocéphale vivant. A la fin de son rapport, M. Guinard ajoute : « Quelle relation y a-t il entre les crises appendiculaires de ma malade et la présence de ce ver dans son appendice ? Faut-il attribuer la diarrhée anormale qu'elle a constamment accusée à une cause vermineuse ? Je pose ces questions sans les résoudre ».

A propos du passage des ascarides dans le péritoine à la suite de la perforation de l'appendice, Davaine cite en l'approuvant la réflexion du rédacteur de la *Gazette Médicale* qui pense que les vers n'ont pas occasionné la rupture de la paroi appendiculaire, mais qu'ils sont sortis profitant de l'ouverture provoquée par un ulcère préformé. Cette opinion est généralement acceptée et on considère dans des cas semblables le rôle des entozoaires comme purement passif et secondaire Il est très peu probable que les ascarides puissent perforer l'appendice ou un autre endroit de l'intestin, mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent produire des érosions de la muqueuse et les ensemencer avec des microbes, dont ils sont couverts. De cette façon ils peuvent devenir la cause primordiale de l'ulcération et de la perforation de la paroi intestinale. Le trichocéphale est encore plus capable de produire de pareilles lésions, car il est bien connu qu il implante la partie antérieure de son corps dans la muqueuse. Le résultat de ces inoculations par les vers peut être très différent, selon la quantité et la virulence des microbes et le degré de la résistance de l'organisme. Dans certains cas, leur effet sera nul ou insignifiant, tandis que dans d'autres il occasionnera des infections graves. Il y a quelques jours, M Girard, interne à l'hôpital Laënnec (1), m'a apporté des coupes d'un appendice, enlevé à une fille, atteinte de péritonite. Il a trouvé dans le canal appendiculaire deux trichocéphales et dans l'épaisseur de la muqueuse la partie antérieure de l'un de ces parasites. En examinant ces coupes, j'ai pu me convaincre que le trichocéphale, après avoir perforé cette couche, a provoqué une réaction inflammatoire de l'appendice. Cette inflammation est due aux microbes inoculés par le ver et surtout à de nombreux streptocoques. Au milieu de ces bactéries on peut voir un grand nombre de leucocytes polynucléés, dont quelques-uns ont dévoré des microbes.

Il est certain que les nématodes intestinaux jouent un rôle double. Ils exercent d'abord leur influence directe, mécanique ou chimique, sur l'appendice ou les parties voisines ; ils produisent en outre une action indirecte par l'intermédiaire des microbes qu'ils introduisent en lésant la muqueuse. Dans tous les cas, il est évident qu'il faut compter avec eux dans l'appendicite, comme dans beaucoup d'autres maladies. On a depuis longtemps pris cette bonne habitude d'examiner les expectorations dans les maladies des voies respiratoires ou l'urine dans les affections des organes urinaires. On a négligé seulement d'examiner les matières excrétées dans les maladies intestinales. Et ce n'est pas seulement en France qu'on commet cet oubli. Je veux vous citer à l'appui un exemple des plus frappants et intéressants aussi sous d'autres rapports. Nothnagel (2) a soigné un jeune homme qui, deux ans au-

(1) Cité par Davaine, *Traité des entozoaires*, Paris, 1877, p. 186.

(1) Cette observation a été rapportée à la Société de biologie (*Comptes rendus*, 15 mars 1901).

(1) *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1899, p. 387.

Digitized by Google

paravant, s'est fait enlever l'appendice, à la suite de douleurs violentes dans la région iléo-cœcale.

L'appendice, comme le cœcum, se montrèrent parfaitement normaux. Pendant deux ans après l'opération le malade se sentit bien ; mais au bout de cet espace de temps, il revint à l'hôpital, se plaignant de nouveau de douleurs très vives dans la région iléo-cœcale. Nothnagel constata en dehors de ce symptôme, de la défense musculaire à l'exploration et une très forte hyperesthésie de l'endroit malade. Pas de fièvre, ni de vomissements. Après avoir appris par l'anamnèse que le grand-père du malade était aliéné, que sa sœur était épileptique et que sa cousine était traité pour un abcès du cerveau, Nothnagel n'hésita pas à diagnostiquer une « pseudo-périthyphlite hystérique ». Tout nous indique, au contraire, qu'on avait affaire à une maladie de la région iléo-cœcale provoquée par des vers intestinaux. Malheureusement, l'examen microscopique des selles n'a pas été pratiqué et le malade quitta l'hopital sans être guéri.

Le second exemple sur lequel je désire attirer votre attention concerne une épidémie d'appendicite observée par M Goluboff (1), professeur de clinique médicale à Moscou. En 1896, les cas d'appendicite sont devenus tellement fréquents dans cette ville que, rien que dans un internat de jeunes filles, il s'en est produit sept dans l'espace de deux mois. M. Goluboff insiste sur l'analogie entre l'appendicite et l'angine qui se présente souvent aussi sous forme d'épidémies, mais il oublie encore de se renseigner par l'examen helminthologique des selles. Or, il est très probable que dans cette appendicite épidémique, comme dans l'appendicite familiale, dont nous avons cité un *exemple*, les parasites intestinaux jouent un rôle important. On a pensé que dans l'appendicite qui frappe plusieurs membres d'une même famille, il s'agit de quelque tare commune, héréditaire. Il est impossible d'invoquer cette cause pour les appendicites nombreuses survenues dans un pensionnat. Il est, au contraire, très facile d'expliquer tous ces cas par la souillure des aliments consommés dans la même famille ou dans le même internat par des restes de déjections humaines, desséchés sur des légumes consommés à l'état cru.

Il est bien établi que les deux espèces de nématodes que nous trouvons dans les appendicites se transmettent par des larves, renfermées dans les enveloppes de l'œuf. Les embryons mûrissent en dehors du corps humain, dans la terre ou dans l'eau, souillés avec des matières fécales d'individus, renfermant des ascarides et des trichocéphales. C'est cette eau impure, les légumes et les fruits, renfermant des restes de déjections contaminées, qui servent de véhicules aux parasites intestinaux.

La guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges prouve nettement le rôle des nématodes dans cette maladie. Il est impossible, dans l'état actuel de mes connaissances, de préciser dans quelle proportion de cas c ett cause est mise en jeu. Il y a certainement des appendicites où l'infection peut être produite par d'autres facteurs que les vers, comme d'un autre côté il y a beaucoup d'exemples de la présence des parasites intestinaux, sans que pour cela l'appendicite s'ensuive nécessairement. D'après un calcul approximatif, basé sur mes observations qui datent depuis bientôt dix ans, il faut considérer que dans la population parisienne il y a à peu près 500.000 habitants qui, sans doute pour avoir avalé des déjections humaines, renferment des nématodes dans leurs intestins. Or, malgré la fréquence de l'appendicite, elle est bien loin d'atteindre ce chiffre. Il y a donc un très grand nombre de personnes, infestées d'helminthes, qui échappent à cette maladie. Mais aussi, parmi ces individus, il y en a chez qui ces parasites amènent d'autres troubles que ceux de l'appendice, notamment des maladies nerveuses et l'anémie.

En présence de la grande fréquence des vers intestinaux, il est donc très important, dans beaucoup de cas, de soumettre les matières fécales à l'examen microscopique. Celui-ci s'impose dans toutes les appendicites. En faisant le diagnostic de eette maladie, il faut, entre autres, rechercher des œufs de nématodes, ce qui, le plus souvent, est chose facile Les œufs des ascarides, disposés déjà dans l'intestin grêle, se répartissent assez régulièrement dans les déjections et peuvent être reconnus en quelques minutes. Les œufs des trichocéphales, déposés le plus souvent dans le cœcum, sont parfois tout aussi faciles à diagnostiquer, mais comme ils sont répartis d'une façon inégale dans les matières, il faut dans certains cas un examen répété et prolongé.

La pratique m'a donné sous ce rapport quelques renseignements utiles Un de mes collaborateurs de l'Institut Pasteur m'apporta une fois un peu de matières fécales d'un de ses parents, atteint d'appendicite, et qui devait être opéré. L'examen minutieux ne révéla pas la présence d'œufs de parasites Je me suis prononcé pour la négative et le malade fut opéré. Seulement, l'appendice enlevé se présenta aussi sain que possible. De volume normal, avec son canal libre et ses parois sans inflammation ni hyperémie, il pourrait servir de modèle d'appendice normal.

Voici donc un cas de pseudo-appendicite, dans lequel un examen au microscope n'a pas signalé de vers intestinaux. Dans un autre cas d'appendicite à répétition, l'examen microscopique des matières fécales ne révéla pas non plus la présence de ces parasites. Ne me considérant pas en droit de juger d'après une seule recherche, je redemandai un second échantillon de déjections. Cette fois-ci les préparations accusèrent la présence de quelques œufs de trichocéphales. Des examens ultérieurs me confirmèrent dans cette conclusion que le cœcum de la malade renfermait plusieurs trichocéphales. En conséquence, un traitement par le thymol fut ordonné. Après cette cure vermifuge, la personne en question a été débarrassée de ses trichocéphales, mais le résultat final du traitement ne

(1) *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1897, n° 1, p. 6.

Digitized by Google

pourra être apprécié que plus tard, le cas étant encore tout récent.

Comme un seul ver est capable d'obstruer l'appendice ou d'ensemencer ses parois, il est possible que dans des cas rares et particulièrement difficiles pour le diagnostic, ce soit un ascaris ou un trichocéphale mâle qui provoque l'accident. Alors l'examen des selles ne pourra donner qu'un résultat négatif, et il n'y aura que des vermifuges capables d'assurer le diagnostic. On arrive donc à la nécessité de donner quelquefois de ces médicaments, même si l'examen microscopique des matières fécales a été négatif. Autrefois, c'était une habitude de prendre de temps en temps des vermifuges et d'en donner aux enfants ; depuis un certain nombre d'années, cette pratique a été abandonnée. C'est là peut-être une des causes de la plus grande fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. La consommation plus grande des légumes et des fruits crus que l'on trouve maintenant en toutes saisons, et aussi l'arrosage des terrains maraîchers par les eaux d'épandage jointes à la négligence de la cure vermifuge, expliquent un bon nombre de cas d'appendicite.

De l'ensemble des données que je viens de réunir, il résulte un certain nombre de règles qu'on ferait bien de suivre dans la pratique.

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, pratiquer l'examen helminthologique des matières fécales ;

2° Dans tous les cas où il y aurait possibilité de le faire, appliquer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascarides et du thymol contre le trichocéphale ;

3° Défendre aux personnes atteintes d'appendicite, de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée ;

4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue de même une excellente mesure prophylactique ;

5° Examiner de temps en temps, surtout chez les enfants, les selles, et administrer des vermifuges.

Pour ma part, je suis convaincu que l'application de ces prescriptions guérira un certain nombre d'appendicites, atténuera la gravité de certaines autres et diminuera la fréquence de cette maladie.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

La pratique de la sérumthérapie antidiphtérique à l'époque actuelle

Les heureux effets du sérum de Roux ne sont plus maintenant contestés par personne, et les accusations de nocivité, ou tout au moins d'inutilité, sont tombées devant l'évidence des faits. M. Gillet vient de faire à la Société médico chirurgicale un excellent rapport sur cette question de la sérumthérapie antidiphtérique, rapport trop long pour que nous puissions le donner in-extenso, mais dont nous extrayons pour nos lecteurs la partie la plus pratique, à savoir les indications et les règles de conduite à suivre par le médecin dans l'application du traitement :

Doses. — Voici les doses de la *première injection* souvent suffisantes dans les cas simples :

A 5 semaines, 5 cc. — Avant 18 mois et 2 ans, 10 cc. à 15 cc — Après 18 mois à 2 ans, 20 cc. et 30 cc.

Mais on n'ira pas au-delà (Sevestre). A certains moments, on remarque qu'il faut forcer les doses. Dans un cas grave de diphtérie à début bronchique, M. Ausset (1) a cru devoir, chez une fillette de 5 ans, injecter à 3 heures de distance, 2 fois 20 cc., soit 40 cc. en tout. L'enfant a guéri, sans épiphénomènes sérothérapiques.

La seconde et la troisième injection si elle devient nécessaire, au bout de 12 à 24 heures, selon la gravité, ne comporte guère qu'une dose de 10 cc. (Sevestre). De sorte que si l'on additionne les doses totales du traitement, on obtient ordinairement 40 cc. à 50 cc. Moins souvent jusqu'à 90 ou 100 cc. (Sevestre).

Certains médecins font des injections successives. L. Concetti (Rome) adopte la pratique suivante : dans les cas communs, simples :

1° 1000 unités (du sérum Behring) correspondant environ à 10 cc. de notre sérum, avant examen bactériologique ; 2° 1000 24 heures après, selon l'examen ; 3° 1000 le 3e jour ou pas, mais le plus souvent.

Dans les cas plus graves ou résistants, ou dans les croups :

1° 1500 à 2000 immédiatement ; 2° 1500 12 heures après ; 3° plus ou moins, selon les cas, 12 heures après.

Les doses totales oscillent, par conséquent, entre 2000, 3000, 4000 à 10.000 unités (20 cc., 30 cc., 40 cc, 100 cc., de notre sérum environ).

En somme, la posologie du sérum antidiphtérique obéit à trois conditions principales : l'âge du sujet, la gravité de la maladie, le degré de concentration du sérum lui-même. Il semble résulter que, d'une façon générale, il soit préférable d'*injecter, le plus tôt possible, une dose*, non exagérée, mais *bien suffisante*, et de ne renouveler l'injection que dans certaines circonstances. *Il faut frapper vite, frapper fort, puis attendre.*

Sérum chauffé. — Violi (de Constantinople) aurait trouvé quelque avantage dans l'emploi d'un sérum chauffé à 58° pendant 2 heures. Le sérum plongé dans l'eau froide amenée en une demi-heure à 58°, puis maintenue 20 minutes de 59° à 59°5, donnerait moins d'accidents post-sérothérapiques, d'après M. le Dr N. Spronck (1).

Sur 1365 cas, il y avait eu 208 éruptions, soit 15,2 % avec le sérum ordinaire. Avec le sérum chauffé, sur 251

(1) Ausset (Lille). Sur un cas de croup ascendant (diphtérie bronchique primitive). (*Soc. de pédiatrie*, 12 février 1901).

(1) C. H. H. Spronck (Utrecht). Influence favorable du chauffage du sérum antidiphtérique sur les accidents post-sérothérapiques (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, p. 698).

Digitized by Google

cas, il n'y eut que 12 érythèmes, soit 4,7 %. La puissance curatrice n'est pas amoindrie. Il recommande, en outre, pour éviter les érythèmes, de ne pas prélever le sérum sur le cheval avant qu'il y ait 15 jours pleins après la dernière injection de toxine.

Indications, pratique. — Si la connaissance des doses habituelles auxquelles on emploie le sérum antidiphtérique a son importance, les indications de cet emploi n'en possèdent pas moins. En dehors de la question de qualité et de quantité, il y a celle d'opportunité. La nature même, bien spécifique du remède, qui s'adresse directement à l'intoxication diphtérique, en précise et en limite exactement l'usage. Aussi, lorsqu'un examen bactériologique nous a renseigné nettement, notre conduite est-elle pour ainsi dire mathématiquement tracée. Mais la culture met un jour à pousser, et dans la pratique nous sommes mis en demeure d'agir au plus vite si nous voulons obtenir le maximum d'effet ; il faut donc prendre une décision avant l'examen bactériologique, une autre après la réponse de cet examen.

1° *Avant examen bactériologique.* A. *Pratique systématique de l'injection immédiate.*

Il y a d'abord la conduite simpliste, qui consiste à pratiquer, sauf de rares exceptions, une *injection de sérum à tout enfant atteint de diphtérie ou d'affection pouvant être soupçonnée telle.* C'est donc une règle uniforme, très commode. Ce principe de l'injection préalable fonctionne dans les hôpitaux parisiens, elle est à peu près inoffensive, du moins sans inconvénient. C'est ainsi qu'agissait déjà M. Moizard, qui injectait 20 cc. à tout douteux ; de même M. le Dr Sevestre, de même M. Sœrensen, au Blegdannspital de Copenhague, L. Concetti (Rome), etc.

Cette pratique paraît *très recommandable* à l'hôpital où les enfants arrivent le plus souvent dans les plus mauvaises conditions. Temporiser serait perdre bien des chances de guérison et laisser se créer l'irréparable. A l'hôpital, surtout lorsque l'isolement n'est pas parfait, il y a une autre raison à l'injection systématique immédiate : si l'enfant traité n'a pas une angine reconnue ultérieurement diphtérique le sérum fait son office de prophylaxie. Il est inutile au traitement, mais il protège le sujet. De plus, la règle générale posée s'oppose, en l'absence du chef de service, à toute initiative qui, non raisonnée, pourrait être défavorable au malade.

Si de multiples raisons plaident en faveur de la pratique systématique de l'injection précoce à l'hôpital, il semble pouvoir n'en être pas tout à fait de même en ville. Il n'y a guère de médecins d'enfants qui l'ait transportée tout d'un bloc dans la clientèle privée. A conditions autres, conduite autre.

B. *Pratique non systématique* — Ici, il faut distinguer.

Si l'on est appelé en ville près d'un malade qui se présente dans des conditions semblables à celles que l'on rencontre à l'entrée des clients de l'hôpital, c'est-à-dire peu de résistance de l'enfant, maladie non au début, diphtérie secondaire, la règle de l'injection immédiate s'impose. Si, bien que mandé au début, on se trouve en face d'une situation qui s'annonce sérieuse, il y a lieu de ne pas atermoyer, il faut faire l'injection immédiate. Tel est le cas d'*angine avec croup simultané.* Par contre, si l'on se trouve en face d'un sujet en bon état de santé habituelle, qu'on le voit tout à fait au début, qu'il présente une maladie d'allure bénigne, il est permis de remettre l'injection jusqu'au diagnostic bactériologique. Toutefois, même avant le renseignement, on se tiendra prêt et on n'hésitera pas à faire l'injection, si la marche de la maladie indiquait quelque tendance au pire. *Plutôt pécher en trop qu'en moins.*

Croup primitif. — Dans le *croup primitif*, la menace du côté du larynx fait surgir une indication d'urgence. On a deux raisons pour agir et agir vite, la diphtérie soupçonnée, l'obstacle laryngé.

Une injection précoce peut rendre l'intervention opératoire inutile, ou en tout cas autoriser à faire l'intubation et éviter la trachéotomie. Voici, ce semble, à quelques dissidences de détail près, la conduite de la majorité des médecins qui ont le plus l'habitude de manier le sérum, et en particulier de nos maîtres parisiens.

2° *Après l'examen bactériologique*

L'examen bactériologique permet de dresser le tableau suivant des angines :

A. Angines diphtériques pures	bacille long. bacille court.
Angines diphtériques associées	au streptocoque streptodipht. au staphylocoque. à d'autres germes.
B. angines non diphtériques	streptocoque. staphylocoque. pneumocoque. bacille fusiforme de Vincent. autres germes.

Dans cette liste *sont tributaires du sérum toutes angines diphtériques pures ou associées ;* par contre, absence de bacille diphtérique bien constatée indique abstention de sérum.

Une seule divergence sépare les auteurs à propos du bacille court ; les uns lui dénient la nature diphtérique et concluent à l'inopportunité de l'injection de sérum ; les autres en font un bacille diphtérique, mais atténué, et n'en pratiquent pas moins l'injection (A. Sevestre et L. Martin) Sauf ce petit point de détail, l'accord des cliniciens semble à peu près parfait. L'association, loin de contre-indiquer le sérum, l'indique, puisque le bacille de Lœffler exalte la virulence des autres germes, comme la sienne s'exalte par la présence des autres. Du reste, l'analyse bactériologique plus approfondie nous montre la

Digitized by Google

grande fréquence de l'association. Si donc on avait attendu jusqu'à la réponse de l'examen bactériologique, et qu'elle arrivât positive, on ferait l'injection immédiatement, sans aucun retard. Il ne faut pas oublier cependant qu'il arrive parfois qu'il y a désaccord entre la clinique et la bactériologie ; la clinique nous dit diphtérie, quand la bactériologie reste dans la négative.

En pareil cas, le pas appartient à la clinique (Variot, etc.) ; *toute angine bien diphtérique cliniquement, quoique non bactériologiquement*, doit être traitée comme diphtérique et *se réclame de la sérothérapie.*

Cette conduite se légitime par cette circonstance qu'un certain nombre d'angines, qui n'avaient pas permis de déceler le bacille diphtérique à un premier examen, l'ont présenté subséquemment. Ainsi, il ne peut y avoir de bacille à la culture dans des productions pharyngiennes, lorsqu'il s'en rencontre dans la suite dans le jetage par la canule de trachéotomie, comme dans un cas rapporté par le Dr Ch. Krafft, ainsi que dans d'autres par MM. Sevestre et Mery. (*Soc. méd. hôp.*, 8 fév. 1895) La nécessité d'agir le plus près du début prime tout. Du reste, *si le sérum est inutile, il n'est pas nuisible.*

Répétition des injections. — Les conditions qui créent l'indication d'injecter le sérum, peuvent, quand une injection a été déjà pratiquée faire naître l'indication d'une ou de plusieurs nouvelles injections. Un certain nombre d'auteurs, sans s opposer systématiquement à la répétition des doses préfèrent pratiquer une injection suffisante et attendre ensuite. Pour quelques-uns, si une première injection ne donne pas de résultat, il ne faut rien espérer d une autre. Quoi qu'il en soit, *il faudrait ne pas trop se presser à reprendre la seringue.*

Malgré tout, il y a parfois nécessité de répéter les injections. On se bassera sur les indications suivantes :

1° Persistance d'un état général mauvais ; 2° persistance ou extension des fausses membranes ; 3° propagation au larynx ; 4° persistance d'une température élevée après 24 heures sans qu'il soit constaté de complication qui l'expliquerait. Toutefois, il faut savoir que l'abus des injections coup sur coup, provoque de l'hyperthermie (A. Sevestre). Dans ce cas, plus on injecte, plus on prolonge l'état fébrile.

Contre-indications. — Si les indications du sérum antidiphtérique nous apparaissent bien nettes, entraînent-elles des contre-indications ?

1° Nous avons déjà traité la question de l'*albuminurie* et nous avons vu qu'elle *serait* peut-être plutôt *une indication.* S'il est possible que le sérum provoque une légère albuminurie dans son élimination par le rein, il aurait bien plutôt une action favorable que nuisible, et l'on en cite des observations très nettes d'albuminurie préexistant à l'injection et guérie après.

2° On a parlé des associations microbiennes comme contre-indication. Ce qui est vrai, c'est que le sérum agit moins bien dans les angines associées, surtout lorsque prédomine la virulence des germes associés, même s'il y a quelque épidémie grippale en l'air.

Il y a même dans ces conditions avantage à se servir du sérum qui agit indirectement sur les microbes associés, puisqu'en détruisant la toxine, il s'oppose, dans une certaine mesure, à ce que le bacille de Lœffler puisse exalter la virulence des autres microbes Si le sérum était mauvais contre les associations microbiennes, il ne devrait pas donner de si bons résultats en général, car on sait aujourd'hui que la diphtérie absolument pure n'est pas le cas le plus fréquent.

3° L'hypothermie peut-être, il est vrai, une contre-indication, mais encore il faut en rechercher la cause. Si elle dépend de l'infection diphtérique, elle réclame plutôt le sérum

4° Une question de contre-indication qui demande quelques explications, c'est celle de la tuberculose du sujet. Le sérum antidiphtérique comme tout sérum du reste, même le sérum artificiel, provoque chez les tuberculeux assez généralement une poussée hyperthermique. Chez trois adultes injectés préventivement, M. le prof. A. Johannessen a observé cette élévation de température. C'est en somme l élévation thermique initiale. S'ensuit-il que le sérum aggrave la tuberculose ? N'est-ce pas plutôt la diphtérie ? (A. Sevestre.) Tout au plus, peut-on penser avec M. Variot (1) que chez les tuberculeux le sérum reste inactif, et il cite trois cas de mort.

Si l'on en croit l'expérience chez les animaux, le sérum aurait plutôt ici une influence favorable. M. le professeur L. Concetti a fait faire par MM. les Drs Buvatti et L. Spolverini l'expérience directe ; deux lots de cochon d'Inde reçoivent l un une culture de tuberculose et de la toxine diphtérique, l'autre la même culture de tuberculose, la même toxine, mais en plus du sérum antidiphtérique, les animaux des deux lots sont morts, mais ceux qui ont reçu du sérum ont résisté beaucoup plus.

Causes d'insuccès. — Le sérum théoriquement devrait être infaillible, mais en pratique il se heurte à des obstacles. La connaissance des causes d'insuccès nous permettra de chercher à les éviter, si possible. On peut les résumer ainsi d'après L. Concetti :

1° *Hypertoxité primitive*, rapide, telle que, même en se hâtant, on arrive trop tard. 3° *Infections secondaires* ou concomitantes, surtout streptococciques, plus rarement staphylococciques, diplococciques, etc., broncho-pneumonies, septicémies diverses. 3° *Asphyxie* par obstruction de petites bronches, bronchite fibrineuse, croup bronchique. 4° *Manque de résistance* et surtout de réaction du sujet, hypothermie, débilité, maladies antérieures, rougeole, scarlatine, tuberculose. Il en est de même du *jeune âge.* Le pourcentage de guérison augmente beaucoup avec l'âge

(1) Variot. — *Journ. de clin. et de thér. Infant.* (17 janv. 1895).

Digitized by Google

âge	cas	morts	0/0
Fin de la 1re année....	4	2	50
2 à 3 ans..	32	7	21.147
4 à 5 ans1.....	22	5	22.72
6 v 8 ans.....	19	2	10.52

L. Concetti (1).

Toutefois on a remarqué que le sérum favorise dans une certaine proportion les sujets plus jeunes par rapport à ce qu'on observait autrefois.

Emploi prophylactique. — Un assez grand nombre de faits assez concluants par eux-mêmes montrent la valeur réelle de l'injection préventive.

Ainsi, le Dr Martin (1), (de Genève), rapporte qu'à la suite d'un cas de diphtérie déclaré dans un établissement d'enfants convalescents de 8 mois à 3 ans, il fit chez 29 enfants une injection de 6 cc. de sérum. De ces 29 enfants, aucun n'a eu de diphtérie. Par contre, 2 autres enfants, entrés ultérieurement et non injectés, furent atteints. Sur 35 injectés, L. Concetti n'a eu aucune diphtérie. En général, il n'y en aurait pas plus de 2 %, et la maladie bénigne ne donnerait que 2 % de mortalité (L. Concetti). L'injection préventive ne donne en général lieu qu'à des inconvénients minimes dus au sérum, comme la fièvre possible, l'albuminurie passagère, les érythèmes. Toutefois, comme à côté de ces très légers accidents, on a relaté des faits malheureux suivis de mort, comme l'histoire très impressionnante du jeune enfant du professeur Langenhans (de Berlin), et bien qu'on les explique autrement que par l'effet direct du sérum, par asphyxie, par vomissement dans les bronches, etc., on se montre aujourd'hui un peu plus réservé dans l'application préventive de la méthode.

En ville, on pourrait, sauf exception, s'en abstenir. C'est du reste la pratique assez généralement adoptée chez nous. Dans les agglomérations d'enfants, la question peut et doit se poser, car dans ces conditions l'intérêt particulier doit passer après l'intérêt général, et il faut savoir prendre la responsabilité de faire la part du feu. Ce sera le cas, pour les crèches, les asiles, les pensionnats, les hôpitaux (A. Baginsky, Netter) (2). La dose prophylactique se maintiendra en général entre 10 cc. pour les enfants et 20 cc. pour les adultes. L'indication du sérum préventif ne comporte pas un bloc systématique, mais des cas particuliers qu'il faut distinguer, en se basant sur l'examen de la gorge (Sevestre, etc.).

L'indication est absolue dans deux circonstances : 1° chez les petits, chez lesquels on trouve dans les mucosités pharyngiennes le bacille diphtérique (A. Sevestre et L. Martin); 2° lors d'épidémie foudroyante chez les petits au-dessous de 3 ans, même s'ils n'ont pas de bacille dans la gorge

L'indication n'est que relative, mais existe cependant chez les enfants plus grands, à la campagne, quand le médecin ne peut revenir avant un jour, enfin chez tous suspects. Ces mesures paraissent d'autant plus de rigueur qu'il s'agit d'hôpital, de famille pauvre. Tant que l'épidémie ambiante reste menaçante, il faudrait renouveler les injections tous les 10 à 12 jours (Concetti) ou seulement toutes les 3, 6 ou 8 semaines, puisque l'immunité peut ne durer que 7 semaines, au plus 10 (Behring). A propos de l'injection prophylactique, il faut faire cette remarque qu'on rencontre le bacille de Lœffler même chez les individus sains, il est vrai avec fréquence et avec virulence plus grande chez ceux qui se sont trouvés en contact avec les diphtériques, comme l'a noté M. Kober (1). Sur 128 individus en contact, il y avait dans 8 % du bacille et virulent ; sur 600 non en contact, seulement 2,5 % et non virulent.

Durée de l'immunité. — La diphtérie ne compte pas parmi les infections qui vaccinent l'organisme d'une façon plus ou moins définitive, ni même à très longue distance.

Le sérum antidiphtérique semble n'avoir guère changé cette propriété.

On peut voir des récidives de diphtérie.

D'après les résultats obtenus par M le prof. O. Heubner dans son service de l'hôpital de la Charité, à Berlin, l'injection immunisante faite au point de vue prophylactique, préserverait les sujets un mois environ comme l'avait indiqué Behring.

(1) L. Concetti. — Nuove osservazioni sulla sierotérapia antidifterica *(Bulletino della R. Academia medica di Roma,* Anno XXII, 1895-96, Fasc. VII.

(1) Martin. XIIe Congrès intern. de méd., Moscou 1897. Vol. III, p. 275.

(2) Netter. Congrès intern. de méd., Paris, août 1900.

(1) Kober. Présence du bacille diphtérique sur la muqueuse buccale des individus sains *(Zeitschrift f. Hygiene und. Infectionskrankheiten,* 1895).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rôle des helminthes dans l'appendicite, par Metchnikoff (Voir page 185).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement de la sciatique. — M. Bernard communique les bons résultats qu'il a obtenus dans la sciatique et les pleurodynies par les injections de sérum artificiel.

Il injecte, en cas de sciatique, 5 centimètres cubes de sérum au niveau des points douloureux ; il en fait ainsi 3 à 4 injections le même jour ; pour le point de côté, une seule injection suffit souvent.

Ce procédé lui a également donné des résultats favorables dans le rhumatisme musculaire, chez des malades

Digitized by Google

traités depuis longtemps sans amélioration par le salicylate de méthyle.

L'un de ces malades, traité sans succès depuis 6 mois, a été guéri de douleurs avec impotence fonctionnelle par deux injections *(8 mars)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Rupture de la rate. — M. Hartmann, à propos d'une observation de M. Auvray dans laquelle cet auteur fit avec succès la splenectomie pour une rupture traumatique de la rate, examine quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas de ce genre.

Tout d'abord, il est démontré, avec preuves à l'appui, que certaines déchirures de la rate peuvent guérir spontanément. L'arrêt de l'hémorrhagie se fait par un thrombus et la rupture se cicatrise ultérieurement Cette terminaison favorable est exceptionnelle, ne se rencontre guère que dans les cas bénins, non diagnostiqués. La rupture grave de la rate, celle qui se traduit par des phénomènes d'hémorrhagie interne et de collapsus, a une issue presque constamment fatale.

L'indication opératoire est donc évidente : l'hémorrhagie grave étant l'indication primordiale de la chirurgie d'urgence.

La splénectomie est indiquée dans les ruptures étendues d'une rate saine, non adhérente, l'ablation de la rate étant compatible avec l'existence. Lorsque la rate est grosse, adhérente avec rupture peu étendue, il sera plus sage de tenter la suture, voire même la cautérisation et le tamponnement, ou même l'application de gélatine chaude, si la minceur de la capsule, la friabilité de l'organe, le siège peu accessible de la lésion montrent que la suture est impossible. Dans tous les cas, comme on se trouve en présence de malades profondément anémiés, on se trouvera bien de l'emploi d'injections de sérum physiologique à haute dose. La mortalité post-opératoire est fort élevée.

De la conduite à tenir dans les contusions graves de l'abdomen. — M. Hartmann. En présence d'une contusion profonde de l'abdomen, en l'absence de tout autre symptôme, l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, indique l'existence d'une lésion intra péritonéale, et la nécessité d'une laparotomie immédiate. Au contraire, en l'absence de contracture, quels que soient les commémoratifs, il faut s'abstenir de toute intervention.

M. Hartmann appuie ces propositions sur une importante statistique. Sur 9 cas de contusions de l'abdomen suivies de contractures et opérées, il a constaté 5 fois la rupture de l'intestin grêle, 2 fois la rupture du foie, une fois celle du mésentère, et une fois celle de la vessie. Ces diverses interventions ont donné 3 guérisons et 6 morts.

Sur 17 cas de contusion sans contracture abdominale, il s'abstint de toute intervention ; les 17 malades ont guéri, bien que deux d'entre eux aient eu une rupture du rein, comme le prouva l'hématurie consécutive.

Métrite puerpérale. — M. Tuffier. L'anatomie pathologique montre qu'un certain nombre d'accidents toxi-infectieux des nouvelles accouchées sont dus à des métrites avec abcès parenchymateux plus ou moins nombreux. Ces métrites sont rebelles aux lavages de la cavité interne, au curettage, et, en continuant à se développer, menacent d'envahir tôt ou tard le péritoine et tout l'organisme.

L'hysterectomie abdominale, en permettant de se rendre compte directement des lésions, semble le meilleur mode d'intervention pour enrayer la septicémie Pour que cette opération ait chance de réussir, il faut que l'infection n'ait pas encore dépassé l'utérus. Malheureusement, nous ne possédons encore aucun critérium clinique, l'examen du sang restant négatif, pour nous renseigner exactement sur les limites ou la généralisation de l'infection. Les opérations pratiquées dans ces conditions ont donné une mortalité élevée *(6 mars)*.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement des maladies nerveuses, par J. Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne. Préface par J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le livre de M. Joanny Roux contient tout ce que les sciences neurologiques modernes renferment de conquêtes importantes et nouvelles. Tout y est, tantôt sous forme de formules simples mais suffisantes, lorsqu'il s'agit de faits définitivement acquis, tantôt sous l'aspect de notes plus ou moins étendues quand il s'agit de notions douteuses, encore à l'étude, ou controversées.

Ce petit volume, sous la forme d'un manuel de sémiologie spéciale, constitue une œuvre originale et maîtresse, pleine d'enseignements utiles et souvent de vues générales d'un ordre particulièrement élevé. C'est un vade mecum utile à posséder et qui fait le plus grand honneur à son auteur qu'il classe d'ores et déjà parmi les représentants autorisés de la neuropathologie française.

Dictionnaire des termes techniques de médecine, par MM. Garnier et Delamare, anciens internes des hôpitaux. — Un vol , chez Maloine, éditeur.

Livre très utile à posséder et qui se recommande surtout aux étudiants qui ne sont pas encore familiarisés avec tous les termes techniques que l'on introduit si volontiers en médecine, croyant faire œuvre nouvelle parce que l'on a appelé une chose connue et banale d'un mot nouveau. — S R

Erratum. — Dans le dernier numéro, page 176, 1re colonne, à la 3e ligne de l'article de M. Huchard, intitulé, au *British Medical Journal*, au lieu de : à la fin de 1891, lire : *à la fin de 1899*. — D'autre part, à la fin de la 1re colonne, supprimer les deux traits faisant supposer à ce point la fin de l'article en question, qui se termine réellement après la seconde colonne.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Evolution et traitement du strabisme chez les petits enfants

Par ROCHON-DUVIGNEAUD
Ancien chef de clinique de la Faculté

On sait quelle est la fréquence du strabisme convergent chez les enfants. Il apparaît dans trois conditions différentes : 1° L'enfant naît strabique. « Le strabisme convergent est plus souvent congénital qu'on ne le pense généralement, car il est très difficile d'établir la vérité sur ce point, attendu qu'il n'y a pas une mère qui veuille avoir mis au monde un enfant présentant un vice de conformation (1) ». — 2° il le devient tout d'un coup à la suite de convulsions ou d'une maladie débilitante, ou dans d'autres conditions accidentelles, telles que le développement de vers intestinaux. — 3° il le devient peu à peu, vers l'âge de 2 ou 3 ans. Cela paraît être le cas le plus fréquent.

La plupart des strabismes congénitaux disparaissent plus ou moins rapidement d'une façon spontanée. Quelques-uns persistent (Panas et Scrini).

Du reste, le strabisme une fois établi chez un enfant en âge d'être examiné suffisamment, nous ne savons pas faire de différence, relativement à son étiologie. Les commémoratifs seuls nous renseignent à ce sujet ; les symptômes essentiels nous paraissant être les mêmes quelle que soit la cause qui ait fait apparaître le strabisme.

Ces symptômes sont bien connus. L'un des yeux est dévié en dedans dans une proportion plus ou moins considérable. Malgré cela, les mouvements des globes oculaires aussi bien de celui qui louche que de son congénère, ont conservé toute leur étendue. Mais, quelle que soit la position des yeux, le désaccord des axes oculaires est toujours le même : l'enfant louche également dans toutes les directions du regard. Il n'y a pas de diplopie, ce qui concourt à distinguer le strabisme des paralysies musculaires.

Si l'on vient à couvrir l'œil sain ou œil *fixateur*, on voit l'œil strabique se redresser et fixer normalement. Mais simultanément l'œil couvert se dévie en dedans et louche exactement comme louchait l'œil primitivement dévié. Ainsi, le strabisme peut *passer d'un œil à l'autre*, soit par un artificice, comme nous venons de l'indiquer, soit naturellement dans le cas de strabisme alternant. On désigne ainsi les cas où chacun des yeux se dévie alternativement d'une façon toute spontanée, l'œil strabique devenant fixateur et *vice versa*.

(1) GAIRAL (de Verdun). *Du strabisme ou vue louche*, 1840. Cité par le Pr Banas. (Congrès d'Utrecht, 1899).

Les mouvements de l'œil strabique sont donc parfaitement libres et complets, égaux à ceux de l'œil sain et le strabisme ne saurait provenir d'une différence de longueur des muscles comme les ophtalmologistes l'ont admis à une certaine époque.

La vision des strabiques, au moment où nous pouvons l'étudier, c'est-à-dire chez des enfants d'au moins 4 ou 5 ans, dont le strabisme est généralement assez ancien déjà, est, dans l'immense majorité des cas, *inégale* pour les deux yeux. L'œil strabique voit beaucoup moins bien que l'œil fixateur, quelquefois même ce défaut de vision est surprenant pour un œil qui ne présente pas de lésions matérielles et dont la pupille se contracte parfaitement. Si l'on cherche la cause de cette infériorité visuelle de l'œil dévié, on constate tout d'abord à l'ophtalmoscope une intégrité parfaite des milieux transparents et des membranes profondes. Mais si l'on examine l'état de la réfraction par la méthode si précieuse de la *skiascopie*, méthode objective qui ne fait pas intervenir les réponses du malade, on constate dans presque tous les cas que l'enfant atteint de strabisme convergent est *hypermétrope*. En outre, ce vice de réfraction n'est pas le même pour les deux yeux. L'œil strabique est constamment plus hypermétrope que son congénère et presque toujours à cette hypermétropie vient s'ajouter un degré plus ou moins considérable d'*astigmatisme*, qui peut, du reste, constituer le défaut prédominant. De par sa réfraction défectueuse l'œil dévié se trouve donc dans un état d'infériorité visuelle vis-à-vis de l'œil fixateur. On pourrait croire, il est vrai, que la correction optique du vice de réfraction peut lui rendre son acuité. Il n'en est rien, ou tout au moins l'on n'obtient ainsi qu'une amélioration très partielle de l'acuité visuelle, en tout cas très inférieure à celle que l'on procurerait ainsi à un œil non strabique atteint du même vice de réfraction.

L'œil strabique, l'œil dévié depuis longtemps est, en effet, atteint d'une *amblyopie* spéciale sans lésions dont la physiologie pathologique nous échappe, mais qui est considérée comme consécutive à la déviation, c'est-à-dire au défaut de fixation de l'œil dévié. Elle a reçu, pour cette raison, le nom d'amblyopie par non usage ou *ex anopsià* qui fait assez comprendre la genèse qu'on lui attribue.

Ainsi, dans les symptômes du strabisme l'amblyopie vient prendre de bonne heure une large place à côté de la déviation, qui n'est que le signe le plus apparent du strabisme, affection complexe.

Quel est l'avenir des yeux atteints de strabisme convergent, si on les abandonne à eux-mêmes ? Cela dépend des formes du strabisme et de quelques autres conditions. Le strabisme alternant, de même que le strabisme périodique (nous avons toujours en

Digitized by Google

vue ici les strabismes *convergents)*, guérissent souvent spontanément à un âge plus ou moins avancé, par exemple vers la puberté. Le strabisme permanent lui-même guérit assez souvent avec l'âge, mais seule la déviation disparaît, l'*amblyopie persiste*. Dans d'autres, il peut même se tranformer plus tard en strabisme divergent.

Ce qui est à retenir, c'est la tendance de la déviation strabique convergente à s'atténuer ou même à disparaître avec l'âge, sans que pour cela l'acuité visuelle et la vision binoculaire se rétablissent.

De par ces caractères évolutifs, de par son apparition et sa disparition quelquefois brusques (par exemple dans le cas de vers intestinaux), sa réapparition possible après guérison sous l'influence d'une cause morale ou physique (peur, colère, fatigue), le strabisme apparaît comme une sorte de névrose localisée. Il est, à proprement parler, l'exagération permanente d'un réflexe,ou, pour mieux dire, d'une fonction, qui s'accomplit du reste presque toujours d'une façon réflexe, la *convergence*.

Converger, c'est diriger les deux yeux symétriquement sur le point fixé. Quand on regarde un objet rapproché on *converge* fortement et en même temps on accommode. L'accommodation et la convergence sont donc deux fonctions physiologiquement associées et dans une certaine mesure synergiques. Mais au point de vue de l'accommodation, les strabiques présentent une particularité. Nous savons qu'ils sont presque tous hypermétropes, ils ont des yeux *trop courts*, pour que l'image des objets extérieurs tombe sur la rétine il faut qu'ils accommodent constamment. Cet effort, léger dans le regard au loin, s'exagère pour la vision rapprochée et cette tension accommodative sollicite un excès de la convergence, fonction associée. Telle est, sans vouloir entrer dans plus de détails, la cause qui finit par entraîner chez nombre d'hypermétropes jeunes une exagération permanente de la convergence qui, reportée tout entière sur un œil (le plus mauvais), constitue le strabisme.

Sans doute, cette explication n'est pas valable absolument pour tous les cas, notamment pour les strabismes congénitaux. Il n'en est pas moins vrai que presque tous les enfants qui louchent sont des hypermétropes, ayant des yeux inégaux, et que telle est la catégorie de strabiques à laquelle presque toujours nous avons affaire.

Chez les petits enfants il existe deux moyens à employer contre le strabisme : l'*atropine* qui peut être usitée à tout âge, *les lunettes correctrices* que l'on ne peut guère donner avant la quatrième année.

Supposons d'abord l'enfant de 1 à 3 ans. Dans beaucoup de cas, quelques instillations d'atropine dans les deux yeux feront cesser le strabisme momentanément, c'est-à-dire pendant la durée d action du mydriatique, soit quelques jours. Par ce moyen, l'accommodation se trouve paralysée et le spasme de convergence, lié au spasme accommodatif disparaît. Mais on ne peut instiller de l'atropine d'une façon permanente dans les deux yeux ; l'un d'eux, au moins, doit être réservé pour la vision. On ne peut donc traiter les deux yeux par l'atropine que de temps à autre.

L'emploi monoculaire de l'atropine peut, au contraire, être prolongé très longtemps. L'atropine agit de deux façons : 1° elle dilate la pupille et paralyse l'accommodation ; 2° par ce moyen elle gêne la vision. On pourra donc l'instiller *dans le bon œil*, l'œil fixateur, de manière à diminuer passagèremeni la vision de cet œil et à solliciter ainsi la vision par l'œil strabique, c'est-à-dire à redresser cet œil. Ce résultat, s'il est maintenu longtemps, aura l'avantage d'empêcher le développement de l'*amblyopie par non usage* qui pourrait devenir plus tard le principal obstacle au rétablissement de la vision binoculaire. Si donc l'instillation d'atropine dans l'œil fixateur a pour résultat de redresser l'œil strabique (bien entendu au prix d'un strabisme égal de l'œil atropinisé) on aura là un moyen susceptible d'être employé longtemps d'une façon méthodique.

Mais comment l'appliquer ? Tout d'abord il est facile de comprendre que pour ne *pas fixer* le strabisme sur l'œil atropinisé, la cure d'atropine devra être intermittente. On se proposera pour but de faire alterner le strabisme de semaine en semaine au moyen de l'atropine. Pour cela il suffira, les 3 premiers jours de la semaine, de faire 2 ou 3 instillations quotidiennes d'une à deux gouttes d'une solution de sulfate d'atropine à 1/2 0/0 *dans l'œil fixateur*. L'action de l'alcaloïde se prolongera suffisament pour obtenir, au moins jusqu'à la fin de la semaine, ses effets paralysants et la diminution d'acuité visuelle qui en est la conséquence. Puis la vision retrouvant sa netteté, l'œil se redressera et son congénère reprendra sa déviation primitive. Après une semaine d'atttente, on reprendra les instillations d'atropine dans l'œil fixateur et ainsi de suite. On pourra du reste trouver qu'une période de 15 jours d'atropine, suivie de 15 jours de repos est préférable. C'est affaire d'expérience.

Cette méthode des instillations d'atropine est à peu près la seule que l'on puisse réellement utiliser chez les tout petits enfants. Mais vers l'âge de 4 ans, plus tôt ou plus tard suivant la docilité du sujet, on commence à pouvoir employer un moyen beaucoup plus efficace en général : la correction optique. Elle doit être faite après des instillations d'atropine répétées pendant 3 à 4 jours, de manière à paralyser

Digitized by Google

complètement l'accommodation et à révéler l'hypermétropie totale. La réfraction sera alors déterminée exactement par la skiascopie, et l'on fera en thèse générale une correction optique totale de l'hypermétropie et de l'astigmatisme. L'enfant portera constamment des lunettes. Il n'y a pas à craindre qu'il les brise et se blesse par les éclats de verre; tout aussi bien que les grandes personnes, il apprend à ne pas les heurter ni les déranger.

Les lunettes ainsi prescrites ramenant l'œil à l'emmétropie, le spasme de l'accommodation se résout peu à peu et consécutivement l'excès de convergence se relâche. Quelquefois la correction du strabisme par les verres est immédiate et l'enfant ne louche pas tant qu'il a ses lunettes. Mais la déviation reparaît s'il les ôte, de sorte que même dans ces cas si favorables le port des lunettes doit être continué pendant des années. Plus fréqemment le strabisme ne s'amende et ne disparaît que d'une façon beaucoup plus lente par l'usage des verres. On peut craindre dans ces cas, malgré les verres, le développement d'une amblyopie par non usage. Il faut la prévenir par l'occlusion méthodiquement pratiquée (soit tous les jours du lever à midi) de l'œil fixateur, au moyen d'un petit bandeau exactement appliqué. Ainsi l'œil strabique se redresse, fixe et s'exerce, *chaque jour pendant une moitié de la journée.*

Dans tous les cas, le port de lunettes doit être continu et prolongé. Il ne faut diminuer le numéro des verres, que si, à un moment donné, des verres *plus faibles* suffisent à maintenir la correction obtenue.

En somme, chez les petits enfants, le double but que l'on doit se proposer c'est d'éviter l'amblyopie par non usage et d'empêcher que le strabisme se fixe trop sur un œil, prenne trop de tendance à devenir monoculaire et permanent.

Assurément, on n'obtient pas toujours ce résultat par les moyens indiqués, mais alors même qu'ils paraissent sans effet au point de vue de la déviation, on a cependant rendu grand service à l'enfant si l'on a pu éviter le développement de l'amblyopie. En effet, avec une acuité suffisante de l'œil dévié la guérison du strabisme sera beaucoup plus facile lorsque, à un âge plus avancé on pourra mettre en usage les exercices stéréoscopiques ou les opérations de ténotomie et d'avancement.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Du choix des sondes et de quelques difficultés du cathétérisme chez les prostatiques

Par S. Banzet, *ancien chef de clinique à la Faculté*

L'évacuation régulière du réservoir vésical étant le but thérapeutique à atteindre chez la plupart des prostatiques, le cathétérisme répété est leur traitement palliatif habituel. On peut, pour ce cathétérisme, utiliser différentes variétés de sondes; il n'est pas à démontrer que le choix judicieux des instruments est une condition de toute première importance pour la réussite du traitement.

Les sondes que l'on emploie pour le cathétérisme des prostatiques sont de deux espèces : les sondes en caoutchouc rouge, dites de Nélaton, et les sondes en gomme à bec relevé, ou sondes béquilles.

La sonde de Nélaton présente de grands avantages pour le cathétérisme répété, surtout si le malade doit, comme c'est le cas habituel, le pratiquer lui-même ; elle est, en effet, aussi peu traumatisante que possible, suivant, grâce à sa souplesse, toutes les flexuosités de l'urèthre, et contournant les obstacles qu'elle rencontre. Elle est, en outre, très facile à stériliser, puisqu'elle supporte, sans altération de son tissu l'ébullition, même prolongée. Elle n'est pas, néanmoins, sans inconvénients : la souplesse et la flexibilité du caoutchouc obligent à donner à ces sondes des parois assez épaisses ; aussi, leur lumière, à calibre égal, est-elle beaucoup plus faible que celle des sondes en gomme. En outre, pour laisser à leur bec une certaine résistance, on ne perce d'habitude qu'un seul œil à leur extrémité, tandis que les sondes en gomme en présentent deux. Aussi est-il facile de comprendre pourquoi le premier de ces instruments débitera, dans un temps donné, à calibre égal, bien entendu, environ moitié moins que le second. La sonde de Nélaton est donc un instrument évacuateur inférieur à la sonde en gomme ; les lavages se font moins bien à travers son étroite lumière, et, si la vessie est infectée, l'évacuation de son contenu se fait dans de moins bonnes conditions.

Il est des cas où la sonde de Nélaton ne peut être employée chez les prostatiques : elle s'arrête dans certains urèthres durs ou rétrécis, s'enroule dans les traversées prostatiques longues et tortueuses, et ne parvient pas dans la vessie. C'est alors la sonde en gomme qu'il faut, de toute nécessité, utiliser.

Le principal inconvénient de celle-ci, sans parler de sa souplesse moindre, qui la rend plus dangereuse, est la difficulté qu'il y a à la stériliser ; elle supporte mal l'ébullition, et, après un petit nombre de passages dans l'eau bouillante, elle s'écaille et devient inutilisable (1). Aussi emploie t-on d'habitude la stérilisation par les agents chimiques, et surtout par le formol. Différents appareils ont été

(1) Récemment Hermann a indiqué un procédé de stérilisation des sondes en gomme qui consisterait à les faire bouillir dans une solution saturée de sulfure d'ammonium. Cette ébullition ne les altérerait en aucune façon. Ce procédé ne me paraît pas pouvoir être utilisé en raison de l'odeur fétide, absolument insupportable, que dégage cette solution.

Digitized by Google

conçus dans le but de rendre ce procédé de stérilisation pratique.

Le bec des sondes en gomme, dites béquilles, est relevé de façon à pouvoir contourner et franchir la saillie que l'on rencontre si fréquemment sur la paroi inférieure de la portion prostatique de l'urèthre. Cette saillie peut être plus ou moins accusée. Aussi a-t-on dû construire, pour la franchir, des modèles assez différents de sondes à bec relevé, ce bec étant plus ou moins long, ou formant avec le corps de l'instrument un angle plus ou moins obtus. Le modèle le plus couramment employé est celui dont le bec, de longueur moyenne, est peu relevé.

Il faut bien savoir que tel malade, qui ne pourra être sondé avec une béquille à bec court et très obtus, sera parfois cathétérisé facilement avec une sonde dont le bec présente une longueur et une orientation différentes. Il faut donc, si une sonde d'un modèle habituel bute dans la prostate, rechercher si, avec un bec plus relevé, il n'est pas possible de franchir l'obstacle.

Il est un dernier point de pratique sur lequel je voudrais insister. La forme de la prostate peut se modifier avec le temps, et ceci du seul fait de la décongestion que produisent dans la glande les cathétérismes répétés. La saillie du lobe médian qui existait sur la paroi inférieure de l'urèthre prostatique s'amoindrit, et, alors qu'une sonde à bec très relevé avait été nécessaire au début, le même instrument devient mauvais par la suite. J'ai observé un malade chez lequel le cathétérisme avait été très difficile au début; on ne pouvait d'abord passer que difficilement sans mandrin; après quelques cathétérismes, on put arriver à pratiquer les évacuations vésicales avec des sondes d'un modèle rarement employé, à bec très long et très relevé. Le patient apprit à s'en servir lui-même, et tout alla bien pendant quelques mois. Mais le cathétérisme redevint peu à peu difficile, échouait souvent, et ne s'exécutait, dans la plupart des cas, qu'après de longs tâtonnements. Ayant alors de nouveau sondé ce malade, je constatai les difficultés d'introduction du modèle de sonde qui seul réussissait au début, et, ayant essayé d'un modèle très différent, à bec peu relevé, je pus à plusieurs reprises pratiquer très facilement le sondage.

Quand on a des difficultés de cathétérisme chez un prostatique, il faut donc se rappeler que, avec quelques tâtonnements, on trouvera le plus souvent une sonde qui s'approprie bien au canal, et que, d'autre part, chez un même malade, on peut voir, avec le temps, la prostate se modifier, et nécessiter le choix d'un nouveau modèle de sonde en gomme.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'analgésie chirurgicale par injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

Par H. Milhiet, *Interne des hôpitaux.*

Cette méthode, quoique récente, a déjà fait l'objet d'un nombre considérable de travaux; nous ne pouvons les énumérer tous ni faire l'historique détaillé de la question, nous nous contenterons de citer les importantes publications de M. Tuffier qui s'est fait le défenseur autorisé de cette méthode qu'il a contribué à vulgariser, la thèse de son élève Cadol, l'article de Legueu et Kendirdjy, enfin le travail très intéressant et très consciencieux de notre excellent ami et collègue Pédeprade (*Th. Paris* 1901) qui vient de mettre cette question au point; nous le suivrons dans cette étude.

La solution de cocaïne employée sera à 1 ou 2 0/0; cette dernière paraît jouir d'une stabilité plus grande. Quant à la dose, on est allé de 1/2 centigramme à 4 centigrammes; après quelques tâtonnements, on a pu établir à peu près définitivement la dose utile et non dangereuse. Les doses inférieures à 1 centigr. sont le plus souvent insuffisantes, les doses supérieures à 3 centigr. ont donné des ennuis il est donc sage de s'en tenir aux doses de 1 à 2 centigr. et de ne pas dépasser 3 centigr.

L'eau stérilisée bouillie, puis refroidie, constitue un excellent milieu de solution.

La stérilisation est très importante; M. Hallion, dans le service de M. Tuffier, porte la solution à 80° C. dans un bain-marie pendant un quart d'heure, puis la laisse à 38° ou 40° pendant trois heures; il la reporte de nouveau à 80° dans le bain-marie, puis la laisse refroidir à 38°. Il répète cinq à six fois de suite cette opération.

Pédeprade s'est servi d'une cocaïne ainsi préparée: on porte les flacons de cocaïne dans une étuve réglée à une température de 60°; de cette façon, après refroidissement, la solution revient à cette même température, lorsqu'on rallume l'étuve. Les flacons doivent être hermétiquement fermés pour éviter la concentration de la solution. Le chauffage dure une demi-heure et est répété six ou sept fois à un jour d'intervalle.

On se servira de la seringue la plus facilement stérilisable, celle de Luer, toute en verre, est très commode.

L'aiguille doit être longue de 9 à 10 centimètres, résistante, son diamètre externe aura onze dixièmes de millimètres et son diamètre interne huit. M. Tuffier insiste sur la dimension du biseau de la pointe qui sera très courte, l'orifice d'un biseau longuement

Digitized by Google

oblique pouvant être en même temps dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans l'espace extra dure-mérien et, par suite, permettre le passage de la cocaïne dans les méninges et autour des méninges à la fois.

La ponction, pour n'être pas dangereuse, doit toujours être faite au-dessous de la 2e vertèbre lombaire. C'est autour de la 4e lombaire que dans la pratique chirurgicale on trouvera les meilleures conditions de ponction. Pédeprade donne la préférence au 3e espace, réservant le 4e pour quelques incidents de technique.

La recherche du 3e espace se réduit à la détermination de la 4e apophyse épineuse lombaire. Les points culminants des crêtes iliaques marqués par un aide, faciles à trouver, donnent toujours le plus court chemin vers la 4 apophyse épineuse lombaire. La ligne horizontale qui réunit ces deux crêtes rencontre ordinairement le milieu du bord postérieur de cette apophyse, plus rarement le point le plus élevé et le plus saillant du bord.

Le malade est assis sur le bord de la table d'opération, les jambes pendantes, ou sur le plan même de la table selon la longueur ; cette dernière position est la plus commode. La région lombaire, les mains de l'opérateur sont préparées aseptiquement ainsi que la seringue et l'aiguille. Il est plus commode de se placer à gauche du malade; on marque de l'ongle l'apophyse épineuse rencontrée sur la ligne qui réunit les crêtes iliaques, et le malade accentue alors la position qu'on lui a donnée en faisant le gros dos.

A un centimètre à droite du point de repère, après avoir averti le malade qu'on va le piquer, on enfonce l'aiguille de 1 centimètre, puis on la dirige en haut et en dedans, mais très peu en haut et très peu en dedans et elle chemine facilement, puis, tout d'un coup, éprouve une résistance qui peut venir d'une lame ou du ligament jaune. La résistance lamellaire ne cédera pas, la résistance ligamentaire, au contraire, cédera à une nouvelle poussée, et la main percevra alors la sensation si spéciale de la membrane tendue à travers laquelle passe un instrument acéré.

Presque toujours, en traversant le ligament, l'aiguille a perforé la dure-mère et pénétré dans les espaces sous-arachnoïdiens : un liquide clair s'écoule en bavant ou goutte à goutte ; c'est que la ponction est réussie.

Après l'écoulement de 7 à 8 gouttes de liquide céphalo-rachidien on obstrue le pavillon et la seringue chargée est adaptée à l'aiguille. On commence aussitôt la poussée d'injection qui sera uniformément lente jusqu'à pénétration de la totalité de la dose utile. Une minute presque entière sera employée à cette poussée de la cocaïne.

L'injection terminée, aiguille et seringue seront retirées d'un coup sec ; une petite couche de collodion sera déposée sur le point de piqûre.

Un certain nombre d'accidents peuvent survenir, résultant les uns d'une technique défectueuse, les autres se produisant malgré l'excellence de la technique : il faut les bien connaître, afin de les éviter ou de les corriger.

L'aiguille peut être arrêtée par un obstacle osseux et ceci s'observe au début lorsque l'on ne possède pas bien la technique ; l'indocilité du malade peut aussi en être la cause. Dans d'autres cas, les points de repère n'ont pas été déterminés avec une précision suffisante, ou bien au moment de la piqûre le malade a fait un retrait rapide de son gros dos, ou encore l'aiguille a été dirigée trop en haut et en dedans.

Dans tous les cas, dès qu'on a perçu le contact osseux, il faut retirer incomplètement l'aiguille et l'enfoncer ensuite avec une obliquité moindre ; il est rare avec un peu d'habitude qu'on soit obligé de retirer complètement l'aiguille et de recommencer en un autre espace.

Dans d'autres cas, la pénétration paraît bonne et le liquide céphalo-rachidien ne s'écoule pas ; cela peut tenir à une tension insuffisante de ce liquide ou à l'obturation de l'aiguille. Il suffira, dans le premier cas, d'aspirer avec la seringue pour voir le liquide apparaître aussitôt ; dans le second cas, il suffira de passer un fil d'argent dans l'aiguille pour en rétablir la perméabilité.

Parfois, au lieu de liquide céphalo-rachidien, on voit s'écouler du sang pur ; si l'on attend quelques secondes, on voit sourdre du liquide rosé, puis du liquide céphalo-rachidien, sinon, c'est que l'aiguille s'est arrêtée dans la zone veineuse péri-dure-mérienne. Dans ces conditions, le plus sage est de retirer l'aiguille, d'en contrôler la perméabilité et de ponctionner un nouvel espace.

Dans tous ces cas où la pénétration paraissant bonne, il ne s'écoule pas de liquide céphalo-rachidien, ne jamais faire quand même l'injection, on a toutes les chances d'un échec.

Il peut arriver aussi que la pénétration soit bonne, que du liquide s'écoule et que l'injection de cocaïne faite les résultats soient nuls ou insuffisants ; c'est le fait d'une mauvaise instrumentation, d'une qualité défectueuse de la cocaïne ou d'un déplacement de l'aiguille au moment ou on lui adapte la seringue. Il est facile d'éviter cet incident ou d'y remédier.

Quant à la possibilité d'infection des méninges, c'est un accident que n'ont pas à redouter ceux qui savent se laver les mains, stériliser leurs instruments, en un mot, faire l'injection aseptiquement.

Dès la fin de l'injection, le malade, ayant pris la position couchée, tête basse, accuse aux pieds et aux

Digitized by Google

jambes des fourmillements prémonitoires de l'analgésie. Celle-ci évolue généralement de la périphérie des membres inférieurs vers leur racine pour ensuite s'étendre au tronc. Elle commence toujours par les pieds, puis progresse métamériquement et symétriquement, précédée d'une zone de diminution de la sensibilité.

Quelquefois elle diffuse avec moins de régularité atteignant la région sous ombilicale du tronc avant d'avoir gagné la racine des membres.

Le moment de l'apparition de l'analgésie varie selon le point où on la recherche. Ce qu'il importe de savoir, c'est le moment où elle est complète, le moment où l'on pourra commencer l'opération. Aux pieds, elle est généralement complète vers la quatrième minute, aux membres inférieurs et à la région génito-perinéale vers la huitième minute, à la portion sous-ombilicale du tronc vers la neuvième minute. D'ailleurs ces chiffres n'ont qu'une valeur relative, et la limite de 10 minutes, proposée comme moment de début de l'opération, sera le plus souvent devancée si l'on se règle sur le moment de l'analgésie.

La cocaïnisation correctement faite aux doses chirurgicales de 1 à 2 centigrammes de cocaïne, donne une analgésie qui intéresse les membres inférieurs tout entiers, les organes génitaux externes, le testicule, la région ano-périnéale, les régions inguino-crurales ; presque toujours cette analgésie intéresse la portion sous-ombilicale du tronc, une grande partie de la région lombaire, la vessie et l'uréthre, la prostate, le vagin et l'utérus, l'ampoule rectale.

Au-dessus du plan ombilical, l'analgésie fait complètement défaut, ou bien elle se réduit à une diminution de la sensibilité ; ou bien elle apparaît assez tard pour disparaître vite, autant de modalités défectueuses et incertaines.

La durée de l'analgérie varie avec la dose de cocaïne injectée et les différents points de la zone qu'elle intéresse. A la dose de 1/2 centigramme, l'analgésie dure 20 à 30 minutes; 30 à 50 minutes avec 1 centigramme à 1 centigramme 1/2; 50 minutes à 1 h. 30 à la dose de 2 centigrammes. La durée de l'analgésie, comme son mode d'apparition, n'est évidemment pas la même pour les divers segments de la zone analgésiée. De même que l'analgésie apparaît d'abord au pied, de même elle le quitte le dernier ; de même que l'analgésie apparaît plus tard au sous-ombilic, de même elle en disparaît plus tôt.

On doit donc proportionner la dose de cocaïne à injecter, d'une part, à la durée probable de l'acte opératoire, d'autre part, à la durée habituelle de l'analgésie sur le point où l'on opère. Les opérations rapides et réglées, les opérations portant sur le pied et la jambe tireront de la dose de 1 centigramme à 1 centigramme 1/2 au plus, une analgésie complète est toujours assez longue. On pourra même dans certains cas (désarticulation d'un orteil, grattage d'un foyer tuberculeux du pied, etc.), réduire la dose à 1/2 centigramme.

Les opérations de courte durée portant sur le genou et la cuisse seront faites aux mêmes doses de cocaïne.

Les cures radicales de hernie, les opérations portant sur le testicule ou ses enveloppes, les opérations vulvo périnéales, les curettages utérins s'accommoderont toujours de 1 centigramme 1/2 de cocaïne lorsqu'elles se présentent sans grandes difficultés.

La dose de 2 centigrammes sera réservée pour les opérations complexes, probablement longues, ou susceptible de tâtonnements.

L'analgésie est à peu près constante dans ses caractères physiologiques; elle est complète et totale, sauf lorsqu'elle approche du terme ; la sensibilité paraît revenir de la profondeur vers la superficie.

Les réactions concomitantes de l'analgésie sont variables.

Les réactions psychiques se manifestent sous forme d'angoisse, avec excitation verbale, plus rarement excitation motrice. La céphalalgie, très rare au cours de l'analgésie, n'apparaît alors que tard.

Les réactions neuro-musculaires apparaissent sous forme de tremblements, de crampes, de contractures des membres inférieurs.

Les phénomènes paralytiques, rarement complets, sont toujours passagers et épargnent ordinairement le système musculaire strié. On signale le relâchement du sphincter anal, la dilatation pupillaire, la disparition de certains réflexes.

Les réactions vaso-motrices consistent soit en sensations de chaleur, soit en sécheresse de la bouche, pâleur du visage, réaction sudorale : elles sont d'ailleurs passagères.

Les réactions gastriques observées sont : les nausées, les vomissements, les sensations de faim et de soif. Les nausées se produisent dans 40 °/₀ des cas; les vomissements, presque toujours précédés de nausées, se produisent dans 30 °/₀ des cas. Nausées et vomissements surviennent de la cinquième à la vingtième minute, avec une plus grande fréquence vers la huitième minute, c'est-à-dire au moment où commence l'acte opératoire; ils durent entre quelques secondes et plusieurs minutes. Ils constituent un des incidents les plus ennuyeux de la cocaïnisation lombaire par la gêne qu'ils apportent à certaines opérations (laparotomies, cures radicales de hernies). D'après MM. Hallion et Tuffier, ils dépendent de la cocaïne elle-même, et de fait ils sont proportionnels à la quantité de cocaïne injectée.

Les phénomènes cardiaques et les phénomènes vasculaires restent constamment connexes au cours de la cocaïnisation lombaire. Tantôt le cœur et le

Digitized by Google

pouls ne sont pas modifiés ; tantôt le cœur s'accélère dès les préparatifs de l'injection et pendant les premières minutes de l'analgésie pour diminuer ensuite, il s'agit alors de sujets nerveux ; tantôt enfin, l'accélération du pouls se manifeste vers la huitième minute de l'analgésie, et fait partie d'un état de malaise spécial comparable au mal de mer. En même temps qu'il s'accélère, le pouls baisse en tension.

L'innocuité de la cocaïnisation lombaire à l'égard de l'appareil respiratoire est remarquable par sa constance et sa netteté. A peine note-t-on dans certains cas une inspiration plus ample, plus profonde, ou quelque anxiété respiratoire pendant le malaise. Il y a là une opposition éclatante entre la fréquence des réactions pulmonaires après le chloroforme et surtout après l'éther.

Les réactions consécutives à l'analgésie commencent dans les heures qui suivent sa disparition; d'autres, concomitantes de l'analgésie, lui survivent et peuvent se prolonger pendant plusieurs jours. Les réactions prolongées sont très rares ; on cite quelques observations de vomissements ayant persisté par crises pendant plusieurs jours.

Les réactions cérébrales consécutives consistent en céphalalgie, insomnie, troubles mentaux. La céphalalgie est de beaucoup le plus fréquent (dans 40 °/₀ des cas) ; elle apparaît dans les cinq ou six heures qui suivent l'opération, elle est gravative, frontale ou occipitale, comparée par les malades à la migraine. Variable d'intensité, elle est le plus souvent de courte durée ; rarement elle continue le lendemain ; exceptionnellement pendant trois ou quatre jours.

L'insomnie, notée dans la moitié des cas environ, disparaît habituellement le lendemain de l'opération. Les troubles mentaux observés dans quelques cas semblent plus ressortir aux conditions de terrain et de morbidité qu'à la cocaïnisation.

On observe assez souvent de l'hyperthermie qui ne s'accompagne ni d'une rapidité particulière du pouls, ni des signes habituels de la réaction fébrile; oscillant entre 38° et 40°, elle apparaît dans les six heures qui suivent l'opération pour revenir à la normale le lendemain matin. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'une action directe de la cocaïne sur les centres nerveux thermogènes.

Peut on prévenir les réactions qui constituent les incidents de la cocaïnisation ? Oui, dans une certaine mesure. La préparation morale du malade ne sera jamais négligée: on doit le mettre au courant de ce qui va se passer. Les précautions de déclivité céphalique que l'on prend dans l'anesthésie générale seront appliquées à la cocaïnisation lombaire pendant l'analgésie et les heures qui la suivent.

On doit réduire la dose de cocaïne au strict nécessaire, car il n'est pas douteux qu'au-delà de 2 centigrammes les incidents accroissent en fréquence et en intensité.

Doit-on faire manger le malade le matin de l'opération ? On avait cru tout d'abord les vomissements plus rares chez les malades qui avaient mangé le matin ; en réalité, l'efficacité du déjeûner préalable contre les réactions gastriques est fort douteuse.

S'il n'est pas toujours facile de prévenir les divers incidents de la cocaïnisation lombaire, on peut les combattre efficacement.

A la dépression du pouls avec accélération, il sera bon d'opposer la caféïne. L'excitation cérébrale sera combattue par une injection de morphine, la déglution de petits fragments de glace souvent répétée rendra parfois de bons services contre les vomissements. Si, enfin, les incidents prenaient une tournure plus sérieuse, pseudo-syncopale, les flagellations de la face, les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle en position déclive seraient vite et utilement associées aux injections sous-cutanées de caféine et d'éther.

Les incidents post-analgésiques avec lesquels on aura à compter sont les vomissements et la céphalalgie. Contre les premiers, la diète lactée, par la mise au repos de l'estomac, sera le meilleur remède; contre la céphalalgie tous les médicaments ont été essayés, l'antipyrine est encore de tous le plus constant dans ses effets.

Existe t il des contre indications à la cocaïnisation lombaire ? Les mauvaises conditions de technique en sont une absolue. De plus, il sera préférable de ne jamais utiliser la cocaïnisation lombaire chez les enfants au dessous de 16 ans. L'analgésie se produit chez eux comme chez l'adulte, mais, leur curiosité anxieuse, leur indocilité habituelle, tout en rendant plus délicate la ponction lombaire, ne peuvent que gêner l'acte opératoire. Pour des raisons analogues, les nerveux et les alcooliques ne sont pas justiciables de la cocaïnisation lombaire.

La vieillesse et l'artériosclérose ne paraissent pas être des contre-indication, pas plus que les affections cardiaques.

La zone opératoire a une certaine importance. Pedeprade distingue trois zones : La première comprend toute la partie du corps située au-dessous de l'ombilic; la cocaïnisations lombaire reste presque réservée à ce segment du corps, exception faite encore pour les interventions difficiles utérines ou annexielles. La deuxième zone comprend la région péri ombilicale, les flancs ; les opérations de cure radicale de hernie ombilicale, les opérations appendiculo cœcale ne paraissent pas justiciables de la cocaïnisation lombaire, les anus contre-nature, les opérations sur le rein conduites rapidement s'ac-

Digitized by Google

commoderont au contraire de la cocaïnisation. La troisième zone comprend le haut abdomen, son contenu et le thorax. Ici l'analgésie cocaïnique est si variable dans tous ses modes qu'on ne peut compter sur elle.

La durée de l'analgésie est un élément dont il faudra tenir compte en certaines circonstances; il ne sera pas prudent de s'engager sous l'analgésie lombaire dans une opération complexe et par suite de durée indéterminée.

Il faut aussi faire des restrictions pour les manœuvres ou les opérations qui nécessitent une résolution musculaire complète.

Après ces restrictions, on peut dire que pour être bonne l'analgésie lombaire sera aseptique et limitée à la dose de cocaïne strictement utile; elle sera mieux supportée par les hommes que par les femmes, meilleure chez les sujets calmes et confiants, toujours suffisante pour les opérations portant sur la première zone à l'exception des appendicites à froid et des opérations utéro-annexielles même apparemment simples, puisqu'on n'en apprécie les difficultés qu'après ouverture du ventre.

Le champ de la cocaïnisation lombaire étant ainsi restreint à de justes limites, et dans ces limites la cocaïnisation étant applicable sans danger, il reste à savoir si dans ces cas elle doit prendre place au-dessous, à côté ou au-dessus du chloroforme et de l'éther.

1° Dans quel cas le chloroforme sera-t-il préféré à la cocaïnisation lombaire? Chez les enfants, les les sujets nerveux, hystériques, alcooliques, dans les opérations para-ombilicales, dans les opérations de longue durée ou de durée indéterminée mais probabement longue, dans les opérations qui pour être vite et bien menées nécessitent une résolution musculaire complète.

2° Dans quels cas la cocaïnisation lombaire sera-t-elle préférée au chloroforme? Chez les sujets non consentants de l'anesthésie générale, chez les débilités et déprimés, chez les pulmonaires, peut-être chez les cardiaques, les rénaux et les scléreux.

3° Pour les autres sujets, les sujets sains, les plus nombreux, à quelle méthode d'anesthésie doit-on donner la préférence? C'est la question la plus litigieuse; ceux qui ont la plus grande expérience de la cocaïnisation lombaire se prononcent en sa faveur pour les opérations sous-ombilicales.

Le praticien bien aidé, familier de la cocaïnisation lombaire pourra presque toujours tirer de celle-ci les mêmes avantages que du chloroforme. Mais le chirurgien moins expérimenté dans la technique, habitué à l'aisance opératoire de la chloformisation, s'accommodera peu du malaise et des vomissements de l'analgésie lombaire. Il y a là affaire d'éducation, d'expérience et de goût.

En somme on peut dire qu'à défaut d'une supériorité marquée sur le chloroforme, la cocaïnisation lombaire possède des titre suffisants pour être enseignée et apprise tout comme les autres méthodes d'anesthésie.

Formulaire du Praticien

Traitement de la scarlatine — Dans un récent article du *Bulletin médical*, M. Aviragnet étudie avec soin cette question. Il insiste sur les soins à donner à la peau : des bains, simples ou savonneux suivis d'onctions antiseptiques avec de la vaseline, boriquée, salolée ou ichthyolée à 5 0/0

L'antisepsie du nez doit être faite à l'aide de pommades, selon les formules suivantes :

Vaseline	30 grammes
Acide borique	4 —
Menthol	0,20 à 0,50 gr.

ou

Vaseline	30 grammes
Résorcine	0,30 cgr.

ou des injections d'huile mentholée faites avec la seringue de Marfan :

Huile d'olives stérilisée	20 grammes
Résorcine	1 —
Essence de menthe	II gouttes

L'antisepsie de la gorge sera faite avec des lavages antiseptiques ou avec des collutoires boraté, résorciné ou salicylé.

Si l'éruption sort mal, donner des bains sinapisés.

Dans les scarlatines hyperthermiques, donner des bains et de l'antipyrine. Quand il y a adynamie, injections de sérum et de caféine.

Dans les formes hémorrhagiques, M. Comby conseille l'acide gallique :

Acide gallique	1 gramme
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Eau distillée	80 —

M. Roger préconise le chlorure de calcium selon la formule suivante :

Chlorure de calcium cristallisé	4 à 6 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 grammes
Eau de vie vieille ou rhum	30 —
Teinture de cannelle	5 —
Eau distillée	50 —

Contre l'angine, M. Aviragnet conseille : des irrigations de la gorge et des attouchements avec des collutoires antiseptiques (stérésol, glycérine salicylée à 1 p. 20, phéniquée à 2 p. 100, sublimée à 1 p. 30, créosotée à 1 p. 20.

Digitized by Google

MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

PATHOGÉNIE

Arthritisme et alimentation des enfants.

Dans des articles fort intéressants, Comby et Sevestre (1) ont attiré de nouveau l'attention des praticiens sur un sujet qui, quoique connu, peut encore prêter à confusion. Sans doute, dans la majorité des cas, du moins dans ceux que j'ai observés, les symptômes ne sont pas assez graves pour inspirer de l'inquiétude ; mais leur répétition, les entraves apportées aux occupations journalières, souvent l'état de faiblesse générale qui prédomine sont autant de raisons ponr que parents et médecins soient désireux d'y remédier le plus tôt possible.

Comby a surtout insisté sur la diathèse arthritique comme cause de ces accidents ; le fait peut être vrai pour Paris, mais, en ce qui me concerne, habitant un pays où l'arthritisme est l'apanage fréquent au moins dans la population autochtone, je n'ai pas souvent observé cette coïncidence. On rencontre fréquemment chez les ascendants de ces malades, le nervosisme, mais surtout on trouve une mauvaise hygiène.

Trop souvent les parents oscillent entre ces deux extrêmes : l'exercice exagéré et la vie sédentaire ; à l'âge où l'enfant commence à aller à l'école d'une manière suivie, tous les jours et pendant plusieurs heures, il ne prend pas assez d'exercice, ou bien, les jours de congé, il se livre à de trop grandes fatigues, surtout les garçons. Cependant, les faits que j'ai observés, se rapportent fréquemment à des filles, et c'est plutôt le sédentarisme qu'il faut accuser. Les parents ne réfléchissent pas que, dans la saison froide, il ne suffit pas de sortir deux ou trois heures par jour, pour en passer vingt dans des appartements surchauffés : des leçons variées, mais trop nombreuses, viennent à chaque instant solliciter un cerveau qui aurait besoin de plus de tranquillité. De là des troubles divers et qui ont pour base surtout une mauvaise digestion ; Sevestre a eu raison d'insister sur cette étiologie.

Il est certain qu'à l'heure actuelle on fait abus de nourriture carnée ; de plus, beaucoup d'enfants ne vont point à la garde-robe d'une façon régulière ou ont des selles insuffisantes ; le régime des purgations est passé, comme Lucas-Championnière le faisait remarquer dernièrement à propos de la fréquence de l'appendicite. Or, en examinant soigneusement l'intestin de nos petits malades, rien n'est plus fréquent que de trouver une S iliaque tendue, un peu douloureuse et renfermant des scybales. C'est justement dans ces cas que la recherche de l'indican et celle des phénols par le procédé assez facile d Ammann (1), montre combien souvent nous nous trouvons en présence de phénomènes indiquant clairement une décomposition des matériaux albuminoïdes. Je crois cette recherche fort utile et très démonstrative et j'ai cherché à le prouver par une série d'observations publiées il y a deux ans (2).

En outre, la présence de ces corps en abondance dans l'urine montre que le foie dans lequel se fait probablement la sulfo-conjugaison a une surcharge de travail à accomplir ; et bien que cette transformation ait pour résultat de rendre ces corps beaucoup moins toxiques, je suis loin d'être convaincu de leur innocuité vis-à-vis du rein. J'ai fait un certain nombre d'expériences sur des cobayes, qui prouvent qu'ils ne sont pas sans danger. C'est dans ces cas que le lavage régulier et prolongé de l'intestin donne des succès remarquables.

Un autre point qui m'a frappé chez ces malades, c'est l'état des parois abdominales ; dans bien des cas, la musculature est faible et on peut trouver un certain degré d'éventration, les grands droits étant imparfaitement réunis. C'est là une cause importante des troubles observés, et le massage peut rendre de grands services en pareille circonstance ; quelquefois même il faut recourir à la sangle, au moins temporairement.

Enfin, je suis persuadé que la céphalalgie dont parlent mes distingués collègues, n'est pas sans rapport avec des anomalies oculaires, et particulièrement l'astigmatisme.

Il fut une époque, et pas bien éloignée, où tout au moins dans l'esprit des laïques, on ne pensait qu'à la myopie et à la presbytie ; victime moi-même de cette illusion, j'ai dû à un astigmatisme très irrégulier, une céphalalgie intense qui a duré fort longtemps à un âge plus avancé, il est vrai, que celui atteint par les malades dont nous parlons. Mais, comme je le disais tout à l'heure, les enfants d'aujourd'hui ont plus de leçons que nous n'en avions : l'étude de la musique qui réclame un effort oculaire si marqué, est commencée de fort bonne heure, et je crois que souvent il en résulte une fatigue visuelle prématu-

(1) Voir *Journal des Praticiens*, 1901, nos 6 et 8.

(1) Ammann. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1896 p. 331 et 657.

(2) Thomas. Phénolurie et indicanurie. Pediatrics, 1er juillet 1899.

Digitized by Google

rée. Si l'œil est astigmate, rien d'étonnant à ce que cette fatigue se répercute sur un système nerveux tout préparé et, dans bien des cas, j'ai vu le fait se vérifier. Il y a là, me semble-t-il, une indication à ne pas négliger dans l'étude et le traitement de l'affection sur laquelle notre attention vient d'être si justement attirée. — THOMAS, *Privat-docent à la Faculté de médecine de Genève.*

TOXICOLOGIE

Désintoxication du cyanure par la morphine. et de la morphine par le permanganate. — D'après L. Heim, professeur de bactériologie et d'hygiène à l'Université d'Erlangen, le chlorhydrate de morphine serait un contre-poison du cyanure de potassium : « De nos expériences, dit-il *(Muncherer medecinische Wochenschrift*, 1896*)*, il résulte incontestablement que l'injection hypodermique d'une dose non mortelle de morphine peut effectivement sauver d'une mort certaine les souris empoisonnées par le cyanure de potassium, ou du moins retarder la mort dans la plupart des cas. En effet, sur dix souris empoisonnées par le cyanure et traitées ensuite par la morphine, six furent sauvées, trois moururent seulement après une ou deux heures, et une seule succomba aussi rapidement que les animaux témoins; les cinq souris témoins, par conséquent non traitées, moururent toutes environ en une demi-heure ».

D'après MM. Heymans, et van de Calseyde *(Académie royale de Belgique)*, les expériences de Heim ont été refaites d'abord sur le lapin et ensuite sur la souris. Après avoir déterminé la dose mortelle du chlorhydrate de morphine chez le lapin — elle est d'environ 0 gr. 2 par kilogramme d'animal — on examina si une dose non mortelle de morphine, injectée après une dose mortelle de cyanure était capable de prévenir la mort, ou du moins de la retarder. Les expériences démontrent que le chlorhydrate de morphine injecté dans ces conditions, même à une dose voisine de la dose mortelle, n'exerce aucune influence sur la marche habituelle de l'intoxication mortelle par le cyanure ; la morphine est donc sans action curative sur cet empoisonnement. Elle ne peut pas davantage le prévenir. En effet, les animaux morphinisés préalablement et se trouvant en pleine narcose meurent par une dose simplement mortelle de cyanure ; tout au plus la mort est-elle retardée quelque peu dans certaines conditions expérimentales.

Le cyanure exerce-t-il quelque influence sur l'intoxication par la morphine, comme le suppose Heim ? — Les expériences répondant que non, puisque les lapins empoisonnés par une dose mortelle de morphine succombent tous malgré l'injection d'une dose non mortelle de cyanure.

Enfin, même en mélangeant *in vitro* en proportions adéquates le chlorhydrate de morphine et le cyanure de potassium et en injectant ensuite le mélange après un contact plus ou moins prolongé, on ne diminue la toxicité ni de l'un ni de l'autre de ces deux poisons.

Ces expériences instituées sur le lapin ayant donné des résultats contraires à ceux de Heim sur la souris, les expériences de cet auteur sur cet animal furent répétées. D'après Heim, la dose mortelle de chlorhydrate de morphine chez la souris n'est pas inférieure à 0 gr. 066 par kilogramme d'animal, tandis que d'après les expériences de MM. Heymans et Van de Calseyde, elle n'est pas inférieure à 0 gr. 2 : d'après Heim, la dose sûrement mortelle de cyanure de potassium calculé en HCY est de 0 gr. 031 par kilogramme de souris, tandis que d'après les expériences des mêmes auteurs, elle est seulement de 0 gr. 005. Quelle que soit la cause de ces différences de toxicité, qui ne doivent pas nécessairement influencer la désintoxication, celle-ci était nulle chez la souris comme chez le lapin. Par conséquent, la morphine et le cyanure ne sont pas des antidotes ou des antagonistes, ni simples ni réciproques.

Parmi les nombreux antidotes qui sont encore recommandés de nos jours contre l'empoisonnement par la morphine, par exemple par Manquat *(Traité de thérapeutique* 1900*)* se trouve le permanganate de potassium, administré à l'intérieur ou en injection hypodermique. Les guérisons obtenues à l'aide de l'injection seraient nombreuses, à en juger d'après les publications. Il est exact qu'une dose mortelle de morphine additionnée d'abord *in vitro* d'une solution de permanganate jusqu'à persistance de la coloration violette peut ensuite être injectée sans provoquer la mort ni aucun symptôme de narcose morphinique. Mais, d'autre part, les expériences instituées sur le chien et sur le lapin démontrent avec la même évidence qu'injectés séparément sous la peau, les deux poisons sont absolument sans action l'un sur l'autre; le permanganate développe son action locale caustique, et la morphine injectée à dose mortelle tue avec les symptômes habituels. L'injection hypodermique de permanganate en cas d'empoisonnement morphinique chez l'homme doit être considérée comme inefficace, sinon comme nuisible : son administration à l'intérieur ne méritera réellement la préférence sur les vomitifs ou la pompe stomacale que si l'on démontre que même en milieu stomacal, le permanganate décompose la morphine.

Digitized by Google

BACTÉRIOLOGIE

La flore vulvo-vaginale chez la femme enceinte. — M. Bensis expose dans sa thèse (Paris, 1900), les résultats de ses recherches sur la sécrétion vulvo-vaginale des femmes enceintes.

D'après lui, la sécrétion vulvaire est toujours franchement acide, jamais neutre ou franchement alcaline; la couleur et la consistance de cette sécrétion sont variables; l'auteur y a trouvé un certain nombre de bactéries non classées; les moins nombreuses sont aérobies. Il a pu isoler le staphylococcus aureus, le streptocoque pyogène, le bactérium coli d'une virulence, faible, mais constante.

La flore de l'entrée du vagin se rapproche beaucoup de la flore vulvaire, mais elle est moins riche : celle du fond du vagin est presque exclusivement anaérobie; l'auteur n'y a pas trouvé d'aérobies pyogènes, pas de staphylocoque blanc.

Parmi les anaérobies vaginaux qu'il a isolés, les uns ne sont nullement pathogènes, d'autres sont pathogènes pour le lapin et le cobaye, chez lesquels ils produisent des abcès à pus noirâtre et très fétide.

HYGIÈNE

L'alimentation des prisonniers. — Depuis que Voit a fixé la ration alimentaire quotidienne d'un homme de 70 kilos, à 118 gr. d'albumine, 56 gr. de graisse et 500 gr. d'hydrates de carbone, ces chiffres sont restés indiscutés. Quand des recherches nouvelles les contredisaient, on n'hésitait pas à faire violence aux faits pour rétablir la concordance avec le tableau de Voit. Ainsi Flügge (*Beitrœge zur Hygiene*), trouva par l'analyse des aliments consommés par des ouvriers dans les cuisines populaires de Berlin et de Leipzig que la quantité d'albumine était moindre que 118 gr. Mais au lieu de discuter les résultats de Voit, il conclut que celui-ci avait du viser des ouvriers particulièrement vigoureux et fournissant un travail au-dessus de la moyenne ; il aurait été plus juste de tenir compte de l'accoutumance, car l'ouvrier bavarois (Voit avait fait ses analyses à Munich) se nourrit mieux que l'ouvrier saxon ou prussien. Félix Hirschfeld vient de faire une constatation analogue sur la population de la prison Moabit de Berlin. Dans cet établissement, la morbidité va diminuant, les hommes sont valides et travaillent, quelques-uns engraissent même. Pourtant, ils ne consomment que 93 gr. d'albumine, 30 gr. de graisse, 540 gr. d'hydrates de carbone; il est vrai que le règlement prescrit des quantités plus grandes, mais les déchets des aliments sont compris dans le poids. (*Zeitschrift f. diœt. u. physik. Therap.*). Voici le menu des prisonniers : le matin une infusion de café et de chicorée avec 50 gr. de lait ; à midi une espèce de soupe ou de purée préparée avec différents légumes mélangés : la pomme de terre en forme la base, et selon la saison, on y ajoute des navets, du riz, des lentilles, etc.; le soir, une soupe à la farine d'avoine, de blé ou une panade, additionnée parfois de lait. Ils ont 550 grammes de pain par jour, mais seulement 210 gr. de viande par semaine, tantôt de la viande de boucherie, tantôt du poisson, parfois même du fromage en lieu et place. L'eau est à discrétion, et presque tous les prisonniers en boivent abondamment ; la quantité de leurs urines le prouve, et elle varie entre 1,880 et 3.600 gr. La quantité d'azote excrétée varie entre 10 et 12 gr. Notons en passant que le prix de l'alimentatton est de 37 centimes et demi par jour.

Des recherches analogues faites par von Rechenberg sur les tisserands de Zittau (Silésie) qui représentent la population la plus malheureuse de l'Allemagne, ont révélé que l'homme ne consommait pas 70 gr, d'albumine par jour.

En Ecosse, où le régime pénitentiaire ne doit pas aggraver l'incarcération d'après les lois, Dunlop a trouvé les chiffres suivants pour un homme qui travaille : albumine 120 gr.. graisse 38 gr,, hydrates de carbone 550 gr. Mais, en Angleterre, les prisonniers sont moins bien nourris

Ces faits prouvent de la façon la plus formelle que les chiffres fixés par Voit ne sont pas indiscutables et que l'équilibre des échanges nutritifs peut être assuré avec une moindre quantité d'aliments qu'il ne l'a indiquée. — Bd.

La bouche des souffleurs de verre. — Un souffleur de verre de 31 ans, en traitement pour des convulsions épileptiques, présentait une tuméfaction des parotides à peu près cylindrique et s'étendant de chaque commissure buccale à l'oreille parallèlement à l'arcade zygomatique. Chaque tuméfaction donnait à la main une sensation de crépitation semblable à celle de l'emphysème sous-cutané. La pression la faisait disparaître et en même temps, la bouche étant ouverte, l'orifice du canal de Sténon dilaté donnait issue à une abondante salive ecumeuse (Sheel, in *Medical Review*, Juin 1900).

On sentait le canal de Sténon se remplir d'air et les joues se distendre quand le malade les gonflait avec effort. Autour de chaque orifice existait une altération de la muqueuse buccale d'aspect leucoplasique. La musculature des joues était affaiblie et comme dissociée; l'audition amoindrie à cause d'une affection labyrinthique. Rhumatisme des premières phalanges de chaque main, contracture du petit doigt gauche.

Digitized by Google

Chez un autre souffleur de verre l'affaiblissement de la musculature des joues et la leucoplasie était encore plus marqués, cependant le canal de Sténon non dilaté n'admettait pas l'introduction de l'air.

C'est en France surtout et pendant les dix dernières années qu'on a décrit sous le nom de « joues cassées » le relâchement des joues des souffleurs de verre, dû probablement à une manière défectueuse de souffler. C'est à une pression exagérée de l'air pendant l'effort de souffler que sont dues la dilatation du canal de Sténon et le gonflement particulier cité plus haut et aussi les plaques leucoplasiques. Cette pression qui est de 8 à 10 fois plus forte que pendant l'expiration normale expliquerait suivant certains auteurs l'affection du labyrinthe et les autres affections de l'oreille fréquemment observées chez les souffleurs de verre.—E. B.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Anesthésie cocaïnique par les injections lombaires. M. Reclus Ce procédé a été pour la première fois employé en chirurgie par Bier (de Kiel), en 1898 et vulgarisé en France par M. Tuffier. Il consiste à injecter dans le canal vertébral 1 a 3 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100. Il est indispensable que l'aiguille et la solution soient stérilisées d une façon absolue.

L'opérateur, muni d'une aiguille de Pravaz en platine, longue de 7 à 8 centimètres et obturée par un fil de métal, enfonce cette aiguille sur une ligne transversale réunissant les deux crêtes iliaques et l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire en un point situé directement au dessus de cette apophyse : l'aiguille traverse les masses musculaires, puis la lame élastique inter vertébrale et tombe sous le canal rachidien. On retire le mandrin et le liquide céphalo-rachidien perle en gouttes plus ou moins rapides. La seringue est alors ajustée à l'aiguille et l'on injecte de 1 à 2 centimètres cubes de la solution à 1 0/0.

Le résultat de cette injection sous-arachnoïdienne est l'analgésie des membres inférieurs et de la région sous-ombilicale : elle commence soit par les pieds, soit par les organes génitaux, qui, au bout de 5 à 10 minutes, est assez complète pour permettre sur le segment inférieur du corps les interventions les plus délicates et les plus étendues. Elle dure de une heure à une heure et demie.

Telle est la façon dont les choses se passent dans les cas les plus heureux, mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. L'aiguille, même dirigée par une main habile, peut ne pas tomber dans le canal rachidien et le traverser : l'analgésie peut n'être que de très courte durée, ou au contraire se produire tardivement au bout d'une heure.

Enfin, des complications plus ou moins sérieuses peuvent se produire, tels que : fourmillements, engourdissements dans les membres, tremblements pénibles pour l'opérateur, vomissements persistants très fréquents, céphalalgie, élévation de température. Mais l'accident le plus redoutable, celui qui empêchera la généralisation de cette méthode, est la mort du patient dont il existe déjà 7 à 8 cas dans la science sur un chiffre de 2.000 analgésies environ. A l'heure actuelle, avec une technique obscure et encore incertaine, les injections lombaires de cocaïne donnent une sécurité moindre que les anesthésiques ordinaires et ne doivent pas leur être préférées.

Etudes biologiques sur la tuberculose humaine. — M. Rabin et Binet Il résulte des expériences de ces auteurs sur le chimisme respiratoire des tuberculeux, qu'il existe chez ces malades une exagération des échanges respiratoires, soit une consommation plus grande d'oxygène et un dégagement plus considérable d'acide carbonique que chez l'homme sain

Cette exagération des échanges respiratoires, réunie à la déminéralisation organique que l'on observe dans ces cas, explique aisément la consomption tuberculeuse ; elle permet, de plus, de faire le diagnostic précoce de la tuberculose.

Lecture. — M. le Dr Barette, de Caen, lit un travail intitulé : Note sur un cas d'appendicite gangréneuse hypertoxique compliquée d'ictère grave mortel. *(19 mars.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Dilatation de l'oreillette droite, appréciée par la percussion thoracique en arrière — M. Tissier, de Lyon. Lorsqu'on percute systématiquement un certain nombre de sujets, au niveau des 6e, 7e et 8e espaces intercostaux, le long du bord droit de la colonne vertébrale, on constate chez quelques-uns d'entre eux, au lieu de la sonorité physiologique, une zone de submatité, voire même de matité complète, de forme rectangulaire, s'étendant en hauteur de la 6e à 9e côte, limitée en tous sens par le son pulmonaire normal, et large de 3 travers de doigt.

Les recherches radioscopiques et anatomiques sont d'accord pour confirmer que cette zone de matité correspond à l'oreillette droite dilatée en arrière du thorax, à droite de la colonne vertébrale. Cette dilatation de l'oreillette droite s'observe surtout chez les malades atteints de cardiopathie en imminence d'asystolie, c'est-à-dire avec tendance marquée à la distension des cavités droites du cœur.

Le liquide céphalo-rachidien dans le zona. — MM. Brissaud et Sicard ont trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de deux malades atteints de zona de nombreux éléments figurés, en particulier des lymphocytes, montrant que dans les cas, même bénins, une réaction inflammatoire se produit du côté des méninges.

M. Achard, dans deux cas analogues de zona, a découvert dans le liquide céphalo-rachidien un bacille, se rapprochant par

Digitized by Google

ses caractères biologiques, du coli-bacille. Cette constatation microbiologique vient à l'appui de l'opinion qui attribue à cette maladie une origine infectieuse.

Des hémorrhagies dans l'ictère acholurique simple. — MM. Gilbert et Lereboullet montrent, à l'aide de plusieurs exemples, qu'il existe dans l'ictère acholurique simple une véritable prédisposition aux hémorrhagies, et que celles-ci peuvent affecter, comme siège et comme intensité, les types les plus variés : épistaxis, ménorrhagies, hématémèses, hémoptysies. De plus, beaucoup d'hémorrhagies, considérées jusqu'ici comme essentielles, seraient sous la dépendance de l'ictère acholurique.

Ces hémorrhagies sont liées à la présence de l'urine dans le sang, qui, avec l'aide d'une cause occasionnelle physiologique ou accidentelle, favorise la rupture vasculaire.

Le régime lacté lacto-végétarien, en régularisant les fonctions du foie, favorise la disparition de ces hémorrhagies

Séro-réaction dans la fièvre typhoïde. — M Cochez, d'Alger, rapporte un cas de fièvre typhoïde chez un Esquimau avec séro-réaction positive, terminé par perforation intestinale mortelle. Ce fait montre que le sang des Esquimaux se comporte comme le nôtre vis-à-vis du bacille d'Eberth, et que, par conséquent, la constatation de l'agglutination a la même valeur diagnostique. (*15 mars*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'hystérectomie totale dans la septicémie puerpérale. — M. Ricard Il existe deux catégories bien distinctes d'infections puerpérales. Dans un premier groupe se rangent les infections nettement localisées, tardives en général, qui se traduisent par des métrites, des annexites, des collections pelviennes. Tout le monde est d'accord sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans ces cas, quitte à différer sur le moment et la nature de l'acte opératoire.

Le deuxième groupe comprend les infections puerpérales avec accidents locaux nuls, du moins en apparence, succédant de près à l'accouchement ou à l'avortement. La statistique des Maternités de Paris nous montre que les malades infectées gravement après l'accouchement, ayant dépassé 39°, guérissent dans une proportion de 90 pour 100, grâce aux soins ordinaires : écouvillonnages, curettages, injections intra utérines, etc .. Nous ne possédons cependant aucun signe qui nous permette de distinguer les malades qui doivent guérir par les moyens usuels, de celles qui, destinées à mourir, auraient dû être opérées

Donc, dans l'état actuel de la science, l'hysterectomie n'a pas encore trouvé d'indication suffisante pour pouvoir être proposée comme traitement de l'infection puerpérale aiguë.

M. Segond. — En cas de suppuration pelvienne, tous les chirurgiens sont d'accord pour pratiquer une intervention précoce. Mais quand il n'y a rien d'appréciable du côté du péritoine et des annexes, quand l'utérus paraît être seul en cause, les indications de l'hystérectomie semblent fort rares et difficiles à préciser.

M. Tuffier. — Lorsque nous sommes appelés par un accoucheur pour voir une femme atteinte d'infection puerpérale contre laquelle toute la thérapeutique obstétrico-médicale a été épuisée, nous sommes autorisés à faire l'hystérectomie, car, en l'absence de cette intervention, la malade est destinée à une mort certaine.

Traitement du cancer du rectum. — M. Chaput résume de la façon suivante le traitement opératoire du cancer du rectum.

L'anus iliaque préalable est indispensable lorsqu'il existe un rétrécissement cancéreux serré ou des lésions très élevées. On peut s'en dispenser en dehors de ces conditions.

L'anus sacré est, en principe, supérieur à l'anus iliaque. Dans certains cas, il y a avantage à faire l'anus iliaque réparable.

Les cancers accessibles doivent être enlevés après la résection du coccyx et de la pointe du sacrum.

Il est indispensable de suturer le péritoine après l'extirpation du rectum ; mais il faut éviter de suturer la plaie sacrée ; on doit la bourrer avec un peu de gaze iodoformée et beaucoup de gaze dermatolée.

L'opération abdomino périnéale n'est utile que pour les cancers du rectum envahissant la fosse iliaque *(13 mars)*.

ACTUALITÉS

Les Sanatoriums pour tuberculeux et l'opinion médicale en France

I

Depuis de longues années l'expérience clinique a consacré les bienfaits incontestables des Sanatoriums dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; mais si le principe de la cure fermée a rallié aujourd'hui l'opinion à peu près unanime des médecins étrangers, il semble qu'il rencontre en France quelque opposition de la part d'un grand nombre de médecins. C'est contre cette tendance que s'élève le docteur Leriche dans une étude récente publiée dans ce journal (1)

Partisan convaincu de l'utilité des Sanatoriums, je me garderai de formuler contre eux un certain nombre de critiques injustifiées qu'on ne leur a pourtant pas ménagées. Il me paraît, toutefois, difficile d'admettre l'opinion un peu trop exclusive du docteur Leriche, et j'estime que l'on ne porte nullement atteinte à la valeur des sanatoriums en affirmant qu'ils ne sauraient constituer, à eux seuls, toute la phtisiothérapie.

Sans doute, un Sanatorium qui réunit les conditions voulues d'installation, d'organisation et de fonctionnement, est appelé à rendre d'utiles services dans le plus

(1) Leriche. *Journ. des Praticiens*, 1901 n° 10 et n° 11.

Digitized by Google

grand nombre des circonstances. Mais, ces conditions sont-elles toujours remplies? Malheureusement non. Souvent, surtout à l'étranger, on a négligé l'importance primordiale de la cure climatérique et l'on se préoccupe fort peu des résultats défavorables qu'arrivent à produire, sur un organisme tuberculisé, la rigueur de la température, la présence fréquente de brouillards, la rareté (pour ne pas dire l'absence) de journées claires et lumineuses. D'autres fois, on a adapté tant bien que mal une maison de campagne ou un hôtel à sa nouvelle destination, et on a pompeusement décoré du nom retentissant de « Sanatorium » une habitation assez vaste pour donner asile à un plus ou moins grand nombre de pensionnaires. Les services accessoires en souffrent inévitablement, en particulier le service hydrothérapique, parfois fort défectueux.

Mais, ce sont surtout les conditions de fonctionnement que l'on trouve rarement réunies. Sans parler des établissements assez nombreux (particulièrement à l'étranger), qui ne possèdent du Sanatorium que le nom et chez les quels la direction médicale est subordonnée à l'autorité d'une administration toute puissante, il faut reconnaître que le personnel médical ou subalterne est, parfois, insuffisant pour assurer des soins constants aux trop nombreux malades, dans les grands Sanatoriums.

Il ne faut donc pas s'étonner si la plupart des médecins français, mis à même de connaître les défauts des Sanatoriums étrangers, n'ont pas montré grand enthousiasme devant la création d'établissements similaires en France. D'ailleurs, est-ce bien à un sentiment d'indifférence (et même d'hostilité!) qu'obéissent les médecins qui hésitent encore à recommander à leurs malades une cure faite au Sanatorium? Ne faut-il pas voir là, au contraire, l'indice d'une connaissance insuffisante de tout ce qui se fait en France, et la conséquence de nos notions trop imparfaites sur la plupart de nos Sanatoriums français?

Demandez à la généralité des médecins, exerçant en pays français, s'ils connaissent les ressources que peuvent offrir, aux tuberculeux, les Sanatoriums créés en France? Je serai bien étonné si l'on ne vous répond pas qu'il n'y a guère qu'en Suisse et en Allemagne où l'on puisse traiter ces malades dans des établissements spéciaux. Rares, en effet, sont les praticiens, je ne dis pas qui connaissent, mais même qui ont entendu parler des Sanatoriums français du Canigou, de Trespoëy, de Durtol, de Meung-sur-Loire, d'Alger, de Gorbio, (pour ne citer que les moins inconnus), tandis que personne n'ignore l'existence de Sanatoriums à Davos, à Leysin, à Falkenstein, à Gorbersdorf, etc. Et, devant les difficultés de tout ordre qui paraissent contre-indiquer l'envoi de malades en pays étranger, justement émus par les critiques, quelquefois fondées, qu'ils ont entendu formuler, beaucoup de médecins hésitent à ordonner un tel déplacement fatigant et coûteux, alors que leurs craintes disparaîtraient, du coup, s'ils étaient mieux renseignés sur nos ressources françaises.

La cause de ce défaut de notoriété est multiple. Elle tient, pour une part, à la date très récente de ces nouvelles créations. Tandis que les Sanatoriums étrangers ont été ouverts aux dates suivantes : Gœrbersdorf en 1859, Falkenstein en 1876, Davos-Platz en 1887, on a pu écrire *en 1896* : « En France, il n'y a qu'un Sanatorium qui soit vraiment digne de ce nom : c'est le Sanatorium dit du Canigou, à Vernet-les-Bains » (1). Il n'en est, certes, plus ainsi aujourd'hui ; mais on avouera qu'il faut toujours un certain temps pour qu'un établissement de ce genre puisse être universellement connu et apprécié

Peut-être convient-il d'incriminer aussi la publicité insuffisante que leurs directeurs font aux nouveaux sanatoriums français. Quelques articles insérés de temps à autre dans les journaux médicaux, quelques communications éparses faites devant les différents Congrès, ne sauraient constituer, à mon sens, une réclame suffisante qui, pour être efficace, demande à être ressassée sans trève. Les inventeurs de spécialités en vogue le savent bien, et les directeurs des Sanatoriums étrangers ont suivi leur exemple. Ils recherchent peut-être moins la réclame à l'heure actuelle, ayant une notoriété suffisante, mais c'est à grand renfort de publicité que leur renommée a été acquise.

J'ai eu, personnellement, l'occasion d'apprécier de quelles façons différentes le désir de la publicité tient au cœur des médecins-directeurs, français et étrangers : Lorsque, au mois de février 1900, je m'adressai à la plupart des directeurs de sanatoria, en vue de compléter mes documents pour mon récent ouvrage (2), les premières réponses qui me parvinrent émanaient des médecins étrangers, qui, *tous*, m'envoyèrent des renseignements très circonstanciés. Certes, beaucoup de médecins français daignèrent m'honorer d'une réponse (et je suis heureux de déclarer que le Dr Leriche, en particulier, m'a donné, sur son sanatorium de Meung-sur-Loire, tous les détails que je pouvais souhaiter, ce dont je le remercie une fois de plus), mais je n'ai pas rencontré partout la même obligeance, et si les directeurs eux-mêmes négligent les occasions de faire connaître leur sanatorium, pourquoi les autres médecins s'intéresseraient-ils davantage à leur œuvre?

Je suis persuadé, pour ma part, que l'indifférence apparente des médecins français pour les sanatoriums, également français, disparaîtra d'elle-même du jour où ceux-ci seront mieux connus. Elle cédera d'autant plus facilement que l'on aura apprécié les avantages incontestables de ces établissements sur leurs rivaux de l'étranger. Etablis en climat favorable, généralement bien dirigés, destinés à un nombre restreint de malades (ce qui réduit au minimum les chances de contagion), la plupart des sanatoria français ont, sur les autres, une supériorité évidente ; il n'est pas douteux que leur succès prochain est d'avance assuré.

(1) A. Robin, *Traité de thérap. appliquée*, fasc. VIII, p. 268.

(2) Pégurier (de Nice). — Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques. Paris 1901.

Digitized by Google

II

Il est un autre point qu'il me paraît utile d'observer si l'on veut assurer à la cure au sanatorium la réputation qui lui est due. Comme toute méthode thérapeutique, le sanatorium a ses partisans et ses détracteurs ; or, à moins que l'on soit disposé à faire le jeu de ces derniers, il faut éviter de professer à l'égard de la cure fermée une préférence trop exclusive. Certes, il est aisé d'énoncer que « les traitements médicamenteux ont tous fait faillite », et qu'à défaut de sanatorium, le malheureux phtisique n'a le choix qu'entre ces deux alternatives peu engageantes : l'envoi dans une île déserte ou l'absence complète de traitement. Seraient-elles vraies, ces affirmations ne feraient pas voir sous un jour plus favorable les bienfaits de l'établissement fermé, et le dénigrement d'une méthode n'a jamais contribué à rehausser le prestige de la méthode rivale Le résultat est encore pire quand on s'aperçoit que ces affirmations ne sont pas précisément démontrées.

Il se peut qu'en France « l'*essai loyal* du sanatorium » n'ait pas été fait ; mais il est certain que l'*essai loyal* des divers agents médicamenteux n'a pas toujours donné des résultats négatifs. et, en particulier, la créosote et ses dérivés, l'huile de foie de morue, peut-être les cacodylates, etc., ont rendu de grands services chez les tuberculeux, lorsqu'ils ont été administrés rationnellement. Il en est de même de la cure suivie aux différentes stations thermales, arsenicales ou sulfureuses.

D'autre part, si la cure hygiéno-diététique du tuberculeux exige incontestablement l'action directrice constante du médecin, la présence continue de celui-ci n'est pas toujours, tant s'en faut, indispensable. Je n'insisterai pas sur ce point qui a été nettement établi par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels Huchard, Landouzy, Lalesque, Brunon, Guiter, etc.

Pourquoi, dès lors, le sanatorium individuel, le *home-sanatorium* ne répondrait-il pas, aussi bien que le sanatorium collectif, aux indications thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire ? Je veux bien admettre que la présence du médecin à la table commune est un encouragement pour le malade à s'alimenter plus copieusement ; mais, en revanche, l'uniformité inévitable des menus d'une table d'hôtel répond-elle suffisamment aux goûts variés et essentiellement mobiles de chacun des pensionnaires du sanatorium collectif ? De plus, le sanatorium jouit-il du privilège exclusif de la pureté de l'air, de la douceur du climat, de la possibilité de la cure de repos allongé ?

On se fait, d'ordinaire, une fausse idée de ce que l'on entend par la méthode de la « cure libre », qui serait mieux dénommée « cure individuelle ». Elle ne correspond nullement au séjour plus ou moins prolongé des malades dans une station en renom, avec la faculté de courir de ci, de là, en excursions, aux théâtres, aux distractions de toute nature que les villes de saison offrent aux hivernants en bonne santé. Elle ne reconnaît en aucune façon la nécessité d'une existence écoulée « dans des appartements fermés, garnis de meubles plus ou moins confortables, de tentures qui recèlent tous les germes, etc. »

La cure individuelle exige le choix d'une maison convenablement installée, visitée au préalable par le médecin, et à laquelle est annexé un parc ou un jardin. Cette résidence sera située assez loin d'une ville, sous un climat favorable, largement insolée et suffisamment abritée du vent. elle doit réunir toutes les conditions que l'on réclame des sanatoria collectifs. Rien ne s'oppose, dès lors, à la cure hygiéno-diététique aussi sévère qu'au sanatorium collectif, sous la direction d'un médecin instruit et dévoué, et rien n'empêche de mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires de désinfection et d'hygiène ; car, je ne crois pas qu'il soit indispensable d'être médecin de sanatorium pour connaître les régles les plus minutieuses de l'hygiène des tuberculeux.

Enfin, — et c'est là le point important, — les résultats cliniques que produit une telle méthode démontrent qu'elle mérite d'être prise en sérieuse considération.

La discussion des indications et des contre-indications de la cure individuelle m'entraînerait trop loin ; elle est inutile, d'ailleurs, dans le cas présent, car je tenais seulement à montrer, une fois de plus. que le sanatorium collectif, malgré tous ses avantages, ne résume pas toute la thérapeutique de la phtisie.

Je n'aurais pas insisté aussi longuement sur ces diverses considérations s'il ne m'avait paru s'en dégager une conclusion d'un puissant intérêt pratique. Sans compter le préjudice que se portent inconsciemment certains directeurs de sanatorium, en proclamant seule efficace la cure hygiéno-diététique pratiquée dans un établissement fermé, leur exclusivisme thérapeutique n'est peut-être pas à l'abri de toute critique. Il est regrettable, en effet, que l'on ne fasse pas, dans tous les sanatoria, l « *essai loyal* » du traitement adjuvant, et je vois pas ce qui empêcherait, au sanatorium, d'associer à la cure hygiénique la médication cacodylique ou créosotée, l'huile de foie de morue, en un mot, les ressources thérapeutiques qui ont fait leurs preuves, bien entendu, dans les seules circonstances où l'indication en paraît précise. Evidemment, cette pratique altérerait la portée des statistiques, mais que signifie l'intérêt des chiffres mis en parallèle avec celui des malades ?

En résumé, si les sanatoriums établis en France n'ont pas encore conquis le succès qui leur est dû, leur réputation respective se fera avec le temps, quand leur appel aura plus souvent retenti dans le monde médical ; et ce succès sera, je crois, d'autant plus certain et légitime que leurs directeurs, à l'inverse des médecins étrangers, feront preuve d'un éclectisme plus scientifique.

Loin de s'opposer à leur extension, l'opinion médicale, au contraire, favorisera leur développement. On comprendra, alors, que la réclusion volontaire de l'existence toute de dévouement des médecins de sanatorium méritent autre

Digitized by Google

chose que de l'indifférence, et donnent, à ceux qui ont le courage de s'y soumettre, un droit manifeste à notre appui, à notre propagande active et à notre sincère admiration.— Dr Pégurier.

BIBLIOGRAPHIE

Obstétrique d'urgence, par le Dr Demelin, accoucheur des hôpitaux. — Doin, éditeur.

S'il y a un ouvrage dont il nous est facile de dire le bien que nous pensons, c'est bien celui-là, car nos lecteurs qui ont si souvent pu apprécier la valeur des articles de M. Demelin, seront avec nous pour affirmer que ce qu'il écrit est pratique et bien observé, et ils se joindront à nous pour le remercier et le féliciter de la publication de ce volume qui doit être le guide journalier de tout médecin exerçant. — S. R.

Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpêtrière), par M. le prof. Raymond. 4e série, Doin, éditeur.

Les intéressantes cliniques de M. le prof. Raymond continuent à être publiées périodiquement et régulièrement, les 4 volumes déjà parus forment déjà presque un traité complet de pathologie nerveuse. Ce nouveau volume traite des questions suivantes : Deux cas de tumeur de la zone rolandique. — Plaque de méningite tuberculeuse ou sclérose en plaques anormales. — Sclérose en plaques chez un enfant. — Sur un cas de paralysie alterne. — Sur un cas de polio-encéphalite supérieure. — Un nouveau cas de polio-encéphalite supérieure chronique. — Ophtalmoplégie double chez un tabétique. — Un nouveau cas d ophtalmoplégie progressive chez un tabétique. - La paralysie bulbaire asthénique. — Hémiplégie droite avec atrophie musculaire et hémiatrophie de la langue. — Atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. — Les atrophies musculaires. — Tabès et myxœdème infantile, etc., etc.

Ce livre contient 31 chapitres, et reflète comme tous ceux qui l'ont précédé, l'enseignement si clair et si magistral de M. le professeur Raymond, à qui nous devons adresser nos remerciements de mettre ses leçons à la portée de tous en les publiant. — M. D.

L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne, par le Dr Tuffier, prof. agrégé, chirurgien de l hôpital Beaujon, une monographie, chez Masson, éditeur.

Dans cette monographie, l'auteur met au point une question nouvelle pour laquelle sa compétence est toute spéciale puisqu'il a déjà pratiqué 252 opérations sur l'anesthésie médullaire.

Après un historique détaillé, M. Tuffier indique la technique opératoire de l'injection sous-arachnoïdienne, ses résultats, les phénomènes qui accompagnent et suivent l'anesthésie. Un autre chapitre, assez détaillé, est consacré à la physiologie pathologique et en terminant, l'auteur énumère les moyens de remédier aux incidents de l'anesthésie par voie rachidienne, et précise les indications et contre-indications de cette nouvelle méthode.

Traumatisme, infections et diathèses, par P. Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris, 1 vol. chez Doin, éditeur.

Ce livre, de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine*, est un livre de pathologie générale; l'auteur l'a conçu suivant les dernières découvertes de la bactériologie. Il est divisé en trois grands chapitres : le premier consacré à l'étude de la lésion chirurgicale type, le traumatisme, exempt de toute complication ; le second, beaucoup plus étendu, traite de l'infection, complication septique du traumatisme; le troisième enfin est l'étude du terrain sur lequel évolue la lésion chirurgicale simple, ou septique. Tel est le plan très original qu'a suivi l'auteur ; comme il le dit dans sa préface, le sol est labouré; la graine est semée; comment le terrain va-t-il la faire éclore ? tels sont les trois actes successifs que comporte le programme de ce volume de pathologie générale.

Ce livre sera lu avec intérêt par tous les praticiens soucieux de se tenir au courant des choses nouvelles.

Les deux volumes déjà parus de cette nouvelle collection sont du meilleur augure pour ceux qui vont suivre.

Maladies des femmes, par le Dr Polaillon, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. chez Doin, éditeur.

Ce volume, extrait des affections chirurgicales du tronc, comprend l'étude des affections de la mamelle et des organes génitaux de la femme. Comme le dit l'auteur, ce n'est pas un traité de gynécologie mais un recueil de faits complétés par les réflexions d'un clinicien, qui a voulu, par l'étude d'un grand nombre de malades, dégager les indications et les contre-indications thérapeutiques et préconiser la simplicité des procédés opératoires.

Le lecteur trouvera dans ce livre nombre de faits intéressants recueillis pendant une période de vingt années de pratique hospitalière par un chirurgien consciencieux; c'est un volume dont la lecture sera intéressante et utile, cela suffit pour en assurer le succès.

La profession médicale ; ses devoirs, ses droits, par M. le Dr Morache. — Un vol., chez Alcan, éditeur.

Voici un livre parfait et qui a sa place dans toutes les bibliothèques médicales. C'est le vade-mecum de tout médecin, et, sans en faire l analyse, ce qui serait impossible, car il nous faudrait envisager toutes les éventualités de l'exercice professionnel, nous nous bornerons à en conseiller vivement la lecture, et nous nous proposons d'y revenir et d'y avoir recours dans quelques articles d'intérêts professionnels. — S. R.

Les voies de conduction du cerveau et de la moelle, par M. Bechterew. traduction par Bonne, Storck, éditeur à Lyon et Doin, à Paris.

Ce travail considérable d'un homme qui a consacré presque uniquement sa vie à l'étude du système nerveux et qui s'est acquis en la matière un grand renom, est un véritable mouvement d'érudition en même temps qu'un compendium de nombreuses recherches personnelles. Comme le titre l'indique, ce sont les voies de conduction, les fibres blanches du cerveau et de la moelle qui sont étudiées, c'est en somme presque toute l'anatomie de l'axe encéphalo-médullaire. La lecture de ce livre s'impose à tous ceux qui s'occupent spécialement de neuro-pathologie, car les opinions de M Bechterew sont de celles qu il faut connaître. Ce travail lui fait le plus grand honneur et sera approuvé par les savants les plus renommés en pathologie nerveuse. — S. R.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Les équivalents psychiques de l'épilepsie

Par le Pr RAYMOND, *Médecin de la Salpêtrière*

Dans une de mes précédentes leçons du vendredi, en vous énumérant les diverses modalités de l'épilepsie vulgaire, je vous avais dit que les grandes attaques du mal comitial pouvaient être remplacées par des accès d'une phénoménalité tout à fait différente. Je vous ai dit que ces accès se substituent aux attaques classiques, qu'ils étaient considérés comme des *équivalents* de celles-ci, et que, eu égard à l'expression symptomatique, on pouvait les classer en *moteurs*, *sensitifs* ou *sensoriels*, *psychiques*. Je me suis déjà occupé des deux premières catégories. Aujourd'hui, je désire fixer votre attention sur quelques modalités très intéressantes d'*équivalents psychiques* de l'épilepsie vulgaire.

Soit dit en passant, les psychologues, qui ont mis un véritable enthousiasme à s'emparer des hystériques, ont jusqu'à présent négligé, je dirai presque méprisé les épileptiques. Ils ne découvraient pas, chez eux, ces innombrables modifications de la sensibilité consciente du mouvement volontaire, des émotions, de l'attention, de l'idéation, qu'ils sont à même d'observer, à chaque pas, chez les hystériques. Aussi bien, les phénomènes d'ordre psychologique ne paraissent pas jouer un très grand rôle dans l'épilepsie, et ce caractère vient s'ajouter à beaucoup d'autres, pour établir une ligne de démarcation bien tranchée entre le mal comitial et l'hystérie. Non point qu'il existe de nombreux états intermédiaires entre ces deux névroses; peut-être l'occasion s'offrira t-elle un jour à moi, de vous en fournir la démonstration.

Pour en revenir à l'objet de cette leçon, je vous rappelle que les grandes attaques l'épilepsie vulgaire débutent par une perte subite et complète de la conscience. Suivent ensuite une période tonique avec ses convulsions tétaniques, une période clonique avec ses convulsions irrégulières, une période de *stertor*.

Après une de ces manifestations prémonitoires qu'on désigne sous le nom d'*aura*, le malade pâlit, jette un cri, tombe sans connaissance. Des spasmes toniques envahissent les musles de la poitrine, ceux de la glotte, des muscles du cou, des yeux, des membres; il déterminent une rigidité générale, entrecoupée par des secousses plus ou moins rapides. Les pupilles sont largement dilatées et insensibles à la lumière. Les dents, serrées, mordent souvent la langue et les lèvres. La poitrine s'arrête en expiration, la face se congestionne, devient rouge, puis violacée; les muscles abdominaux, tendus, déterminent l'expulsion de l'urine et des matières fécales. Dans la seconde période, des secousses plus amples agitent tous les muscles; la mâchoire s'abaisse, s'élève, déchire la langue; les mouvements respiratoires sont précipités, les battements du cœur tumultueux. Les membres s'agitent dans les contorsions les plus variées. Toute cette scène ne dure que quelques minutes. Puis les convulsions diminuent et cessent; la respiration devient ample, s'accompagne d'un ronflement; c'est la période de stertor, pendant laquelle les membres sont flasques, inertes, et l'insensibilité complète. Dix minutes, un quart d'heure ou une demi-heure après, le malade se réveille lentement. En général, il ne conserve nul souvenir de ce qui s'est passé; il éprouve un sentiment de lassitude et de brisement des membres, qui se prolongera quelque temps.

Telle est, résumée brièvement dans ses traits principaux, la description de la grande attaque d'épilepsie vulgaire.

Vous savez déjà que ces grandes attaques sont très souvent remplacées par des accès incomplets, au cours desquels les convulsions ne sont plus généralisées ou sont avortées; elles peuvent l'être par les courtes périodes de vertige. Dans le vertige, les phénomènes semblent souvent réduits à la perte de conscience. Le sujet présente, très atténué ou simplement esquissé, l'un des phénomènes du grand mal : la pâleur de la face, suivie de rougeur, la convergence des yeux, la dilatation des pupilles, la contraction des mâchoires, les spasmes abdominaux avec émission de quelques gouttes d'urine; mais la manifestation principale réside dans une perte passagère et quelquefois très rapide de la conscience : « le malade n'y était plus », puis il se reprend et continue ses occupations comme si de rien n'était.

Dans ces formes atténuées, comme dans le grand mal, les phénomènes psychologiques semblent réduits à très peu de chose. Or, il importe de savoir que, dans bien des cas, il peut en être tout à fait autrement; alors que le diagnostic d'épilepsie reste encore incontestable, on peut noter la perte de la conscience, des phénomènes de mouvement en apparence volontaires, des sensations, des sentiments, et même des idées complexes, qui viennent remplacer les accidents purement physiologiques, que je vous énumérais à l'instant.

Tantôt ces troubles psychologiques suivent les manifestations convulsives ou s'y mêlent, tantôt ils se substituent complètement à elles, pour constituer de véritables équivalents psychiques de l'épilepsie. Je vais vous en présenter une série d'exemples. Ils concernent des malades qui ont été étudiés par M. P. Janet, directeur de notre laboratoire de psychologie. Mon distingué collaborateur a classé ces cas dans

Digitized by Google

l'ordre croissant de complexité des phénomènes intellectuels.

Les manifestations qui constituent l'équivalent psychique d'une attaque d'épilepsie peuvent être d'ordre moteur et ressembler encore à de petites convulsions.

C'est précisément ce qui a lieu chez ce jeune homme de 19 ans, sujet à des vertiges et à des accès comitiaux. De temps en temps, il a des accès qui débutent par des mouvements convulsifs du pharynx: il fait, plusieurs fois de suite, un mouvement de déglutition. Il paraît avaler quelque chose, dit sa mère. A ce moment, il est pâle ; son regard est fixe ; il perd connaissance et, quand il revient à lui, il n'a aucun souvenir de ce qui vient de se passer.

Je crois devoir vous faire remarquer que ce mouvement de déglutition n'est point, par lui-même, caractéristique de l'épilepsie. On l'observe dans bien d'autres circonstances pathologiques.

La semaine dernière, je vous ai présenté une *scrupuleuse,* tourmentée par des hésitations de toutes sortes ; en outre, elle a le tic d'avaler incessamment de la salive.

Vous vous rappelez aussi ces cas curieux d'hystérie, avec énorme météorisme abdominal, déterminé par la déglutition de l'air, que j'ai eu l'occasion de vous présenter, dans nos entretiens du mardi. Peut-être est-ce parce que le mouvement que nécessite l'acte de la déglutition est moitié conscient, moitié inconscient, qu'on le trouve si fréquemment altéré au cours des émotions de toute nature et dans toutes les maladies nerveuses. Toujours est-il qu'il ne prend le caractère comitial qu'autant qu'il s'associe à un court accès de vertige.

Voici une femme dont le cas peut être rapproché de celui du précédent malade. C'est une nommée G..., âgée de 25 ans. Elle est sujette à des attaques, constituées par une dizaine de hoquets qu'au premier abord on prendrait volontiers pour des hoquets hystériques: seulement ils s'accompagnent d'un état de vertige, d'une brusque perte de la connaissance.

Au réveil, la malade est ahurie.

D'ailleurs, elle a, par moments, d'autres attaques, qui sont manifestement comitiales. Il semble donc que chez elle le hoquet soit un tic qui caractérise le petit vertige épileptique.

A côté de ces équivalents moteurs, sur lesquels je crois superflu d'insister, se placent les équivalents sensoriels ; je vais vous en présenter quelques exemples.

Voici une nommée Ch..., âgée de 36 ans ; elle est sujette à des accès d'épilepsie, que précède une *aura* singulière : la sensation d'une faim dévorante. Tout d'un coup, Ch... vient en proie à cette sensation ; il lui semble qu'elle ne pourra jamais apaiser sa fringale. A peine l'idée lui est-elle venue de chercher de quoi manger, qu'elle tombe en attaque. Or, assez souvent, la crise se réduit à l'*aura*, à cette sensation de fringale, suivie seulement d'un rapide vertige.

La femme C..., que voici, est âgée de 30 ans ; elle est également sujette à des accès de vertige, au cours desquels elle répète indéfiniment une même syllabe.

Parfois les accès sont précédés d'une *aura*, qui peut subsister seule ; elle réalise des caractères très curieux. Quelquefois ce sont des sensations génitales : C... a comme une rêverie, dont elle conserve un souvenir vague. Il lui semble qu'elle aime quelqu'un, qu'elle s'en rapproche. Elle sent des irritations dans le vagin ; elle discerne même l'introduction du pénis ; presque toujours son bonheur imaginaire ne va pas plus loin ; elle tombe en attaque. Depuis que, sous l'influence du bromure, les accès ont diminué de fréquence, tout peut se borner à cette sorte de délire érotique.

Finalement, C... se frotte le ventre d'une façon machinale, en ayant les yeux hagards ; puis elle reprend connaissance.

Les équivalents peuvent revêtir un caractère psychique plus accentué ; c'est quand ils se traduisent non plus par des sensations, mais par des sentiments.

On ne peut désigner autrement l'*aura* qu'éprouve la malade que voici, une nommée C..., âgée de 42 ans.

Cette femme a des attaques de petit mal ; à leur approche, elle éprouve un sentiment de bonheur indicible, qu'elle ne sait comment décrire. Elle se sent si bien, à ce moment-là, qu'elle voudrait en mourir.

Cela est d'autant plus curieux, qu'habituellement elle est triste, ennuyée ; l'illusion d'un bonheur idéal ne s'empare de son esprit qu'à l'approche d'un vertige.

Chez cette autre femme, une nommée Bod..., âgée de 25 ans, les choses se passent d'une façon tout inverse : Bod... est avertie de l'approche d'une attaque par une tristesse profonde et sans motif, qui s'empare subitement d'elle.

Cette autre épileptique, une fillette de 12 ans, nommée Biz..., se sent envahie, à l'approche de ses attaques, par un sentiment de peur, avec l'idée qu'on va lui faire du mal. Elle n'a aucun souvenir relatif à un événement qui lui aurait inspiré cette idée ; elle prétend y être sujette depuis des années, au

Digitized by Google

début de ses accès de vertige et de ses attaques comitiales.

Un phénomène analogue, mais plus précis et mieux justifié, se produit chez cette femme de 35 ans, une nommée Rix..., également épileptique.

Au début de ses accès, Rix..., éprouve un sentiment de peur ; elle se sent menacée par un homme qu'elle connaît, qui a été son amant et qui est le père de son enfant. Détail curieux, jamais dans la vie réelle Rix.., n'a participé à une scène de ce genre. Toutefois, il y a dix ans, elle a eu à subir des reproches au sujet de son enfant ; c'est à la suite de cette altercation, qu'elle a eu sa première attaque. Le délire de l'*aura* se rapporte aux personnes mises en cause, lors de cette altercation.

A un degré plus avancé, le trouble psychique qui constitue tantôt l'*aura*, tantôt l'équivalent d'une attaque de grand ou de petit mal, ne va plus porter sur une sensation ou sur un sentiment, mais sur la perception du monde extérieur.

Voici une jeune fille de 27 ans, qui réalise, à vrai dire, un cas malheureusement fort complexe ; elle a des impulsions variées, des crises d'hystérie et des crises d'épilepsie. Cependant les désordres sur lesquels je vais attirer votre attention me paraissent se rattacher à des vertiges d'ordre épileptique. Tout d'un coup, cette jeune fille est surprise de ne plus trouver aux choses extérieures leur aspect habituel. « C'est bien encore une salle, une maison, des arbres, nous dit-elle, mais tout cela est absolument étrange. et en dehors de tout ce que j'ai jamais vu. » Elle reste comme stupéfaite, sans paraître se rendre compte de l'endroit où elle est ; puis, peu à peu, elle reprend conscience.

Dans le cas présent, c'est le sentiment du « jamais vu », qui est fort intéressant, eu égard à la théorie de la perception, et qu'il est juste d'opposer au sentiment du « déjà vu », dont on a beaucoup parlé récemment.

A côté de ces troubles de la perception extérieure se placent les troubles de la perception personnelle, les troubles de l'idée et du sentiment de la personnalité

Nous en observons un exemple chez cet homme de 35 ans, La...; j'ai déjà eu l'occasion de vous le présenter comme étant affecté d'une lésion de la queue de cheval. Il est, de plus, sujet à des attaques d'épilepsie. Au début de ses attaques, il lui est arrivé de se tourner vers un de ses camarades et de lui dire, avec un accent de commisération : « Oh ! comme tu deviens pâle, mais tu es blême, tu vas tomber... » En fait, c'était lui-même qui devenait pâle, blême et qui tombait. Il attribuait à autrui son propre état.

Mon collaborateur, le Dr Janet a relevé deux fois un désordre mental analogue, chez des malades atteints de la fièvre typhoïde.

Il s'agit d'une singulière altération de la conscience personnelle (1).

L'observation de la jeune Dau,.. que voici se rattache, selon toutes les apparences, au même groupe de faits. Cette jeune fille, âgée de 22 ans, est épileptique. Au début de ses accès, elle s'inquiète pour tous ceux qui l'environnent. « Ce sont, dit-elles, des gens malheureux, qui ont des ennuis.,., on dirait qu'il va leur arriver quelque chose. » C'est à elle, au contraire, qu'il arrive quelque chose de lamentable, car presque aussitôt elle tombe en attaque.

Le cas de cette femme X..., âgée de 30 ans, est plus curieux encore. X... se figure être une personne qu'elle contemple, et elle a peur qu'il n'arrive à cette personne, et par conséquent à elle-même, quelque grave accident. Par exemple, de ses fenêtres, elle regarde un omnibus qui passe dans la rue. Elle s'imagine qu'elle est un voyageur, qu'elle veut monter sur l'impériale. *Elle sent* qu'elle a de la peine à faire cette ascension, que les cahots de la voiture lui font perdre l'équilibre ; elle prévoit qu'il va arriver un malheur, qu'elle va tomber de la voiture ; et en effet, elle tombe, mais simplement dans sa chambre.

Au nombre des « équivalents psychiques » que M. Janet a eu l'occasion de relever au laboratoire de psychologie, je crois devoir vous signaler ceux qui consistent en un effort de recherche angoissante et indéfinie.

Tel est le cas d'une nommée Rou..., âgée de 32 ans. Cette femme déclare que ses accès commencent toujours de la façon suivante :

Elle entend prononcer un mot devant elle, et ce mot lui paraît étonnant, incompréhensible.

Une autre épileptique, une nommée G..., se sent comme obligée de chercher à comprendre un mot qu'elle croit entendre ; elle cherche avec effort et avec angoisse, et au milieu de ses recherches, l'attaque comitiale éclate.

Le nommé Gal..., un garçon épileptique, âgé de 28 ans, que voici, est sujet à des attaques de petit mal. Il passe par des états analogues, il cherche, lui, à comprendre non pas un mot, mais une idée. « Je m'entortille dans cette idée », dit-il, et il reste ainsi entortillé, tout le temps du vertige.

Un nommé Sero..., âgé de 17 ans, se sent forcé de rechercher un souvenir : il y réfléchit avec an-

1. Voir aussi à ce propos : Féré, Des épilepsies, p. 97, 1890.

Digitized by Google

goisse, comme les scrupuleux. Par exemple, il s'interroge sur une clef perdue depuis plusieurs mois et dont ordinairement il ne s'occupe plus. Cette recherche occupe son esprit, soit au début de l'accès de vertige, soit pendant toute sa durée.

Le cas de beaucoup le plus remarquable, parmi ceux que m'a communiqués M. Janet, est celui d'un nommé M..., âgé de 21 ans ; il pourrait facilement donner lieu à une erreur de diagnostic.

Ce jeune homme, élève dans une des grandes écoles scientifiques de Paris, avait écrit à M. Janet pour lui expliquer son état et lui demander un conseil.

Il était, disait-il, obsédé par l'idée d'infini ; l'infini, dans l'espace ou dans le temps, lui inspirait une horreur très douloureuse. Il écrivait des choses singulières sur ce qu'il y a d'horrible dans l'idée d'un bonheur infini et éternel.

M. Janet le prit, d'après sa lettre, pour un obsédé qui se rapprochait peut-être de la catégorie des douteurs, des scrupuleux. Il le pria de venir le voir chez lui. Là, il essaya d'interroger le malade sur « cette idée d'infini ». « Ne m'en parlez pas trop, disait le jeune homme, car si j'y pense tant soit peu, je ne pourrai plus en sortir et cela me fait un singulier mal. » M. Janet croyait toujours n'avoir affaire qu'à un douteur, et il s'attendait tout au plus à provoquer une crise d'angoisse, en insistant sur l'infini en grandeur. Aussitôt le malade se mit à évoquer dans son imagination, des espaces à la suite des uns des autres. Puis il parla d'une manière inintelligible, il pâlit, convulsa les yeux, se laissa glisser de sa chaise ; enfin des secousses, en tout semblables à celles de l'attaque d'épilepsie, agitèrent ses bras et ses jambes.

L'attaque dura quelques instants à peine. Quand on eut relevé le malade, on remarqua une grande tache d'urine sur le parquet.

Le malade avait oublié tout ce qui venait de se passer. Il ne parlait plus de l'infini. Naturellement, M. Janet ne songea plus à l'y faire revenir. Un traitement bromuré eut un excellent effet sur l'état mental de ce jeune homme. Chez lui, la recherche de l'infini, qui avait pris incidemment l'aspect d'interrogation philosophique, était bien en rapport avec le mal comitial.

Des faits de ce genre ont été décrits par Morel, Baillarger, Falret, par Feré, par Magnan, en France, par Kraft Ebing, en Allemagne. Ils peuvent simuler de véritables folies. Ces variétés de délire épileptique revêtent souvent la forme maniaque, et elles sont extrêmement dangereuses. Elles peuvent se traduire par des actes délictueux : impulsions à l'homicide, à l'incendie, au vol, à des outrages à la pudeur (exhibitionisme). Elles sont, d'ailleurs, bien connues aujourd'hui. Je ne m'y arrêterai pas plus longuement, car elles sont du ressort de la pathologie mentale beaucoup plus que de celui de la pathologie nerveuse. Néanmoins, il m'a paru intéressant de vous les signaler, à côté de quelques modalités plus rares de troubles mentaux, qu'on observe en tant qu'équivalents des attaques ou des vertiges épileptiques.

ÉTUDE CLINIQUE

De l'Entéroptose (1)

Par Frantz Glénard,
Correspondant de l'Académie de Médecine

L'Entéroptose est une maladie dont le syndrome a été dégagé du chaos des névropathies et déterminé, il y a une quinzaine d'années, en 1885.

Cette notion exige l'étude préliminaire, approfondie et simultanée, de quatre groupes de maladies : les névropathies, les dyspepsies gastro-intestinales, les maladies du foie et les maladies de la nutrition. C'est grâce à l'examen minutieux des innombrables variétés de ces maladies, de leur évolution dans le cours des années, de leurs traits de parenté ou de différenciation, que se précise la valeur des caractères permettant de les classer. Avec les névropathies, on apprend à connaître les rapports fonctionnels du système nerveux et de l'appareil digestif; avec les dyspepsies gastro-intestinales, les rapports de l'estomac avec l'intestin; avec les maladies de foie, les relations qui unissent le foie au tube gastro-intestinal; avec les maladies de la nutrition, enfin, les rapports qui existent entre ces quatre groupes de maladies. L'Entéroptose, qui se trouve au carrefour dans lequel se touchent ces quatre groupes nosologiques, et qui peut revêtir le masque d'une des maladies de chacun de ces groupes, acquiert, de ce fait, une valeur doctrinale incomparable, et, bien plus, en faisant surgir la notion d'une cause seconde nouvelle, elle contribue puissamment à la connaisance du rapport entre les maladies et leurs causes premières.

Il n'est plus permis à un médecin d'ignorer l'existence de l'Entéroptose. Depuis quinze ans qu'elle a été décrite, d'innombrables travaux lui ont été consacrés, et dans tous les centres scientifiques du monde. Elle a été discutée dans les Congrès, elle a sa place dans les traités classiques et dans les manuels les plus

(1) Cette conférence a été faite, sur l'invitation de M. Huchard, aux auditeurs et élèves de sa clinique à l'hôpital Necker le 8 mars 1901. Je remercie notre éminent et cher Directeur, et de l'honneur qu'il m'a fait, et de l'occasion qu'il m'a fournie d'exposer un sujet en l'utilité pratique duquel j'ai la conviction la plus profonde.

Digitized by Google

réputés. C'est une maladie très fréquente, une maladie de tous les jours, surtout dans la pratique privée, moins dans les hôpitaux. Elle atteint les deux sexes, plutôt le sexe féminin. Sur 100 malades qui en présentent les caractères, il y a 80 femmes et 20 hommes.

L'Entéroptose est encore aujourd'hui souvent méconnue, soit qu'on la cherche où elle n'est pas, soit qu'on ne la cherche pas où elle est, soit qu'on s'en rapporte à tort pour éliminer ce diagnostic, au contrôle d'une épreuve thérapeutique mal instituée. Enfin, il est des médecins qui, tout en accordant la réalité de chacun des caractères nouveaux pris isolément, nient leur relation syndromique, la loi de pathogénie qui les groupe, et refusent à l'Entéroptose la dignité de maladie spéciale. Il est vrai que, pour admettre la maladie Entéroptose, il faut se résigner à sacrifier quelques articles de foi de la pathologie générale classique ; il est vrai que, pour consentir à ce sacrifice, il faut avoir sous la main, et simultanément et pendant un temps suffisant, tous les matériaux d'analyse nécessaires à l'édification d'une synthèse nouvelle.

Quoi qu'il en soit, un fait est certain, c'est qu'en interprétant et traitant, comme s'ils avaient une Entéroptose, un grand nombre d'états chroniques jusque-là mal déterminés, et qui, dans les deux cinquièmes des cas chez la femme, le dixième des cas chez l'homme, sont causés par l'Entéroptose, on rend aux malades ainsi compris, et seulement alors, d'incomparables services.

I

Etudions un des types les plus remarquables, les plus accomplis, de cette maladie et appliquons à analyser et interpréter ce type clinique, l'expérience que nous avons graduellement acquise par la comparaison de quelques centaines de cas analogues.

« Voici une jeune femme d'une trentaine d'années, le teint pâle, un peu jaunâtre, maigre, paraissant triste. A notre première question, elle répond qu'elle se plaint de tout, souffre « de partout », ne sait par où commencer. Du reste, sa mémoire a diminué, elle a peine à fixer son attention, ne peut s'appliquer à rien, est irritable, pleure pour la moindre contrariété, ses enfants qu'elle adore lui sont difficiles à supporter. Elle ne dort pas, ne peut pas se traîner, est toujours lasse, toujours faible, éprouve des sensations de délabrement, de défaillance, de tiraillement, d'une sorte de malaise « entre l'estomac et le ventre » ; de fausse faim ; se plaint de palpitations de cœur, de vertige, de bourdonnements d'oreille, de constriction à la gorge, d'oppression. Lorsqu'elle a pris ses repas, et, quoi qu'elle mange, mille malaises surviennent : gonflement, éructations, aigreurs, brûlure, maux d'estomac, pesanteurs, lourdeurs, somnolence; ce sont parfois des crampes, des crises très douloureuses, tantôt à l'estomac, tantôt au côté droit; elle ne peut supporter la moindre pression de l'abdomen. Elle souffre aussi de névralgies, de douleurs dans le ventre, dans les côtés, dans les flancs. Ses règles sont régulières, peu abondantes, mais elle a des pertes blanches, des maux de reins, de la faiblesse des reins; elle ne va jamais à la selle sans lavement et ses déjections sont peu abondantes, étroites ou sous forme de billes souvent grisâtres, parfois accompagnées de glaires ou de membranes; les urines sont habituellement claires, elles se troublent lorsqu'elle a des crises. Son appétit est conservé, mais c'est plutôt un besoin de prendre, une sensation de creux, de vide à l'estomac.

Depuis une dizaine d'années qu'elle est souffrante, sa maladie va toujours en s'aggravant, l'amaigrissement s'accentue, et elle voit bien qu'on ne connaît pas son mal ou qu'on lui en cache la gravité. Elle a déjà été soignée par cinq ou six médecins, a été pendant six mois « traitée pour la matrice », puis successivement pour l'anémie, les nerfs, les rhumatismes, l'estomac, l'intestin ; elle a suivi des cures à Aix, à Néris, à Vichy, à la montagne, à la mer, à un établissement de douches froides; elle a été soumise au massage de l'abdomen, à l'électricité, aux injections de sérum; si quelque soulagement en résultait, il n'était pas durable et toujours elle retombait. La diète lactée qu'elle a suivie rigoureusement a du être abandonnée ; les vins toniques, la viande l'irritent, fatiguent l'estomac; les purées les gonflent; les repas espacés augmentent sa faiblesse; elle a en vain essayé de ne presque plus boire ; les lavages d'estomac ne lui ont fait aucun bien, les purgatifs la rendent malade et n'agissent plus. Elle ne peut supporter, au reste, aucun remède.

Elle ne sait à quoi attribuer sa maladie : elle a eu deux ou trois couches qui ont été bonnes, sans autre suite qu'un peu de faiblesse. Elle se désole d'autant plus qu'elle a tout ce qu'il faut pour être heureuse. »

Nous voilà, nous médecin, bien embarrassé, chaque piste de localisation que nous avons cru découvrir pendant l'interrogatoire, a dû être abandonnée pour faire place à une autre ; toutes d'ailleurs ont été suivies et ont abouti à un traitement inefficace. Tout a été essayé. Les analyses du suc gastrique et d'urines que nous apporte notre malade, analyses dont les indications ont été vainement utilisées, ne nous offrent rien qui soit vraiment caractéristique.

Par acquit de conscience, nous examinons le cœur et le poumon, où nous ne trouvons rien d'anormal; l'épigastre où nous notons du clapotement, si l'intervalle entre le repas précédent et notre examen n'est pas très éloigné; nous trouvons aussi en outre parfois quelque douleur à la pression de l'estomac, un battement épigastrique, indice certain de nervo-

Digitized by Google

sisme; la flanc droit est sensible à la pression, c'est évidemment de l'ovarie, et notre diagnostic ne fait plus de doute.

C'est certainement, de par l'ubiquité de ses symptômes sans autre lien possible que le système nerveux, une névropathe, une neurasthénique. Il ne nous reste plus que la ressource de rassurer la malade et de la suggestionner par la prescription du dernier médicament prôné, ou par le règlement minutieux de chaque heure de son temps.

II

Eh bien ! c'est à ce moment précis de notre enquête qu'intervient la doctrine de l'Entéroptose. Vérifions en sur notre malade, les différentes assertions, procédons chez elle en passant par la série d'étapes qui ont conduit à formuler cette doctrine, et notons à mesure tous les caractères nouveaux que nous allons relever.

Nous remarquons d'abord combien l'abdomen est flasque, dépressible, il fait un creux au lieu d'une saillie, il est comme détendu. Notons donc : diminution de tension, *hypostase abdominale*.

Ce battement épigastrique? mais il est manifeste que c'est le pouls de l'aorte, nous sentons le relief de ce vaisseau, il est bien le seul siège du battement et, si nous percevons l'aorte, c'est qu'il ne s'agit pas là seulement d'un battement d'origine nerveuse, mais évidemment que les organes qui normalement sont interposés entre l'aorte et la paroi et en empêchent l'accès par la palpation, sont ici absents ou réduits de volume. Notons : *pouls aortique accessible*.

Mais quel est ce petit ganglion, placé sur la face antérieure de l'aorte, mobile verticalement, qu'on peut abaisser de 2 à 3 centimètres, qu'on peut remonter jusqu'à le perdre et qui semble avoir des connexions lâches avec l'aorte? Les traités d'anatomie n'en font pas mention. Nous observons qu'il se continue à droite et à gauche de l'aorte par des prolongements cylindriques de la grosseur d'un doigt, et que ce ganglion n'est autre chose que la partie préaortique d'une espèce de corde tendue transversalement au-devant de l'aorte. Qu'est-ce que cette corde? Je vous fais grâce de tous les arguments cliniques et anatomo-pathologiques qui prouvent à l'évidence que cette corde est formée par le côlon transverse réduit de calibre. Vous pouvez imaginer par quelle série de tâtonnements, de recherches analytiques, de comparaisons entre de nombreux malades, de modifications dans la technique de palpation, il a fallu passer, pour se résigner à accepter que le côlon transverse, normalement gros comme l'avant-bras, pût être ainsi réduit de calibre, que cette corde fût le côlon transverse et qu'on pût la palper. Deux ans après la description de ce signe, M. Potain, en 1887, disait encore, tout en accordant la possibilité de la retraction du côlon transverse, qu'on ne pouvait la décéler par la palpation. Notons ce caractère nouveau sous le nom de *corde colique* et réglons, sous le nom de *procédé du glissement*, la technique de palpation qui nous permettra de toujours retrouver ce caractère lorsqu'il existera.

La rétraction du côlon nous explique pourquoi nous arrivions si facilement à palper l'aorte, mais elle nous suggère d'examiner, au point de vue de leur calibre, les autres segments du gros intestin.

Appliquons le même « procédé de glissement » à la recherche du côlon descendant dans la fosse iliaque gauche, du côlon ascendant dans la fosse iliaque droite. Or, voici que nous trouvons et pouvons faire rouler sur le plan résistant des fosses iliaques, le premier, sous forme d'un cordon de la grosseur du petit doigt, appelons-le le *cordon sigmoïdal*, le second, sous forme d'un cylindre plus ou moins étroit rénitent, sensible, nous le désignerons sous le nom de *boudin cæcal*. Cette douleur du flanc droit que nous considérions comme de « l'ovarie » a donc pour siège le cœcum, réduit de calibre, mais tendu et sensible comme si un obstacle existait à l'évacuation de son contenu. C'est donc encore un signe que nous avions à tort invoqué comme probant en faveur de notre diagnostic de névropathie.

Mais pourquoi cette diminution générale de calibre du côlon, cette « côlostenose », pourquoi surtout la réduction est elle moins prononcée du côté du cœcum, pourquoi ce segment d'intestin est-il seul tendu et sensible? ne semble-t-il pas qu'il y ait comme un obstacle entre le côlon ascendant et le côlon transverse, obstacle diminuant le volume des excreta en aval, exigeant en amont un effort plus grand de propulsion ? Que nous apprendrait l'exploration du coude droit du côlon ?

Mais le coude droit du côlon est profondément placé dans l'hypochondre, derrière le foie, dans une région où ne peuvent pénétrer les doigts, devant lesquels il fuit dès que l'on exerce une pression; serait-il même le siège d'un néoplasme contrastant par sa dureté avec les organes mous qui l'environnent, on ne pourrait l'atteindre. Pourtant n'y aurait-il pas quelque chance d'en faciliter l'accès en utilisant un mouvement d'inspiration pour l'abaisser, en l'amenant en avant par une pression soulevant la région lombaire, et en rendant ainsi plus rigides et plus rapprochées des doigts les parois sur lesquelles nous aurions à étudier son relief ? Plaçons donc nos mains en serrant la taille au-dessous de l'hypochondre droit, et les disposant ainsi, comme à l'affût de ce qui pourrait faire descendre à leur portée un mouvement profond d'inspiration. Que percevons-nous?...

Digitized by Google

phénomène bien imprévu! c'est le rein, un rein mobile qui vient se faire prendre par nos doigts.

Ce rein mobile est évidemment tout différent du rein mobile classique, qui est si rare, se trouve dans le flanc où il est accessible sans l'intervention des mouvements respiratoires, ne s'abaisse pas sous l'influence du mouvement d'inspiration, trahit sa présence par des symptômes locaux de tumeur, de boule migratrice, etc., etc. Notre rein mobile est donc un rein mobile nouveau. Appelons-le *rein mobile de l'hypochondre* et réglons, sous le nom de *procédé néphroleptique*, la technique de palpation qui nous l'a fait trouver.

Quel rapport peut exister entre le rein mobile de l'hypochondre et le rein mobile classique? entre ce nouveau rein mobile et la sténose de l'intestin, entre ces signes et les symptômes présentés par notre malade?

Mais ce n'est pas tout. Il y a encore autre chose d'anormal que le rein mobile dans cet hypochondre, où pourtant le syndrome ne nous laissait rien prévoir, où la palpation classique ne nous laissait rien percevoir. En modifiant la situation des mains placées à l'affût, et en particulier celle du pouce gauche, nous sentons très nettement le lobe droit du foie qui est allongé, mince, très souple, et le pouce fait sauter l'arête caractéristique de son bord. On peut donc atteindre et palper le foie en dehors des cas où il est augmenté de volume ou déplacé en masse, comme dans les cas de foie mobile. Pourquoi les auteurs sont-ils unanimes à dire que le foie souple ne peut être reconnu par la palpation, parce que sa consistance ne diffère pas de celle des organes voisins? En fait, nous introduisons dans la séméiologie physique le chapitre des foies souples, et nous notons ce caractère nouveau en clinique : *foie déformé*. Nous réglons alors la technique qui nous a permis de le découvrir sous le nom de *procédé du pouce*.

Comment expliquer l'existence simultanée chez un même malade de ces trois signes nouveaux existant concurremment avec la diminution de tension de l'abdomen : sténose de l'intestin, rein mobile de l'hypochondre, foie déformé? en attendant une interprétation qui peut être fort longue à trouver, il est au moins une indication thérapeutique que nous pouvons saisir, celle résultant de la présence d'un rein mobile. C'est peut-être sa mobilité, bien qu'il n'y ait aucun symptôme subjectif local, qui est la cause de la maladie. Fixons le rein mobile de l'hypochondre à l'aide d'une ceinture, comme on le fait pour le rein mobile du flanc.

Mais nous pouvons de suite vérifier la justesse de cette indication. Plaçons-nous derrière la malade, et, soit avec une serviette, soit avec les mains appliquées sur son abdomen, exerçons à l'instant la pression que nous voulons demander à cette ceinture. Or, fait remarquable, la malade traduit de suite un soulagement ; elle se sent plus forte, respire mieux, et, fait plus remarquable encore, au moment où, satisfait déjà de cette épreuve, nous lâchons la compression, notre malade sent revenir sa faiblesse, son oppression, elle éprouve son « tiraillement », son « creux » à l'estomac, nous dit que « son ventre tombe » ; nous la voyons, parfois même, se courber brusquement en avant, comme si elle voulait le suivre dans sa chute.

Comment? Alors cette « faiblesse » que nous imputions à l'anémie ou à une affection utérine, ces sensations de tiraillement, de délabrement, de creux, de faiblesse d'estomac, de malaise « entre l'estomac et le ventre » dont se plaignait la malade et que nous attribuions au nervosisme, tous ces symptômes pourraient donc avoir une origine en quelque sorte mécanique? Ils seraient donc causés, puisque la décompression provoque une sensation de chute du ventre, à ce que le ventre était mal soutenu? et nous arrivons peu à peu à nous rendre compte que le maximum d'effet utile de la compression est réalisé, lorsqu'elle s'exerce à la partie la plus déclive de l'abdomen, c'est-à-dire lorsque l'abdomen est en même temps comprimé et relevé. Nous notons aussi que, si la compression porte sur l'hypogastre, on voit se dissiper les symptômes de faiblesse générale et de faiblesse abdominale; que, si elle porte sur le mésogastre, la faiblesse générale est combattue, mais non la faiblesse locale; qu'enfin, si elle porte sur l'épigastre, elle atténue encore la faiblesse générale, mais non la faiblesse locale, et elle provoque les symptômes gonflement, ballonnement, oppression, etc. Nous sommes amenés peu à peu à constater que la ceinture, par laquelle nous devons répondre à l'indication, a son maximum d'efficacité lorsqu'elle a la forme d'une sangle élastique, plate, à bords parallèles, au lieu de la forme bombée, en fuseau, à bords curvilignes, qu'ont eue jusqu'ici toutes les ceintures ; lorsque ses parties latérales embrassent le bassin et non la taille, lorsqu'elle est solidement maintenue en place à l'aide de sous-cuisses. Nous avons ainsi quatre faits nouveaux à noter dans cette maladie et nous les désignerons ainsi : le groupe de symptômes justiciables de la sangle, sous le nom de *symptômes asthénomésogastriques* ; le symptôme « chute du ventre » sous le nom de *splanchnoptose*; la forme spéciale et le lieu d'application qu'il faut donner à la ceinture par le terme *sangle pelvienne* ; enfin, la technique d'exploration qui nous a décelé les sensations produites chez la malade par la compression et la décompression de l'abdomen, sous le nom de : *épreuve et contre-épreuve de la sangle*.

Quelle relation peut exister entre la ptose de l'ab-

Digitized by Google

domen, la sténose de l'intestin, le rein mobile, le foie déformé? mais ne remarquons-nous pas de suite, maintenant que la notion de prolapsus a surgi au cours de notre enquête, que l'abstraction des caractères de sténose dans les signes fournis par l'intestin, d'ectopie ou de mobilité dans ceux que donne le rein, de déformation que nous notons dans le foie, est purement arbitraire? Est-ce que nous ne pourrions abstraire, pour le mettre en première ligne, le caractère de prolapsus? effectivement, l'intestin réduit de calibre se trouve au-dessous de son siège normal; la clinique nous apprend que le rein mobile de l'hypochondre qui descend, qui s'abaisse pendant le mouvement d'inspiration entre nos doigts, peut descendre plus ou moins, tantôt glissant entre eux en son entier, tantôt ne laissant percevoir que son pôle inférieur et sa partie moyenne, tantôt son pôle inférieur seul; la clinique nous apprend encore que, chez une même malade, et avec les progrès de la maladie, on peut trouver le rein de plus en plus abaissé jusqu'à réaliser enfin le type du rein mobile classique, devenu ainsi le degré extrême de prolapsus du rein mobile du flanc. Enfin, l'anatomie, la physiologie expérimentale nous enseignent que, lorsque le foie est mal soutenu, — ce qui est le cas de notre malade, puisque la tension abdominale et la masse gastro-intestinale, qui sont des agents de soutien pour le foie, sont l'une et l'autre réduites, — il revêt précisément l'aspect objectif tel que nous l'a décélé le « procédé du pouce ». Nous dirons donc qu'il y a une *entéroptose*, une *néphroptose*, une *hépatoptose* et aussi, par analogie, comme d'ailleurs le démontre le bruit de gargouillement provoqué dans l'estomac, par le « procédé du glissement », une *gastroptose*.

Ainsi donc voici dégagés et abstraits du syndrome deux groupes de caractères intimement liés entre eux, un groupe de caractères objectifs, jusqu'ici méconnu, les caractères de *ptose*, un groupe de caractères subjectifs, jusqu'ici confondus avec les autres manifestations du nervosisme, les caractères de faiblesse générale et locale ou *asthénomésogastriques*; l'épreuve de la sangle nous montre ceux-ci comme symptomatiques de la ptose et de la décompression de l'abdomen, l'asthénie générale étant causée par la diminution de tension abdominale, l'asthénie localisée au mésogastre, par le défaut de soutien des viscères.

Tels sont les curieux faits d'observation dont il y aurait lieu d'interpréter le rôle pathogénique. Est-ce que ces constatations chez une névropathe incurable ne menacent pas de déranger nos conceptions nosologiques? Ne risquons-nous pas de ne pouvoir plus aussi commodément classer et traiter cette maladie comme une névropathie essentielle?

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Enduit pour prévenir les escarres :

Baume du Pérou	1 gramme
Gutta percha	4 —
Chloroforme	30 —

Enduire avec un pinceau fin, deux fois par jour les parties menacées. (Nouv. Rem.)

Vernis antiseptique remplaçant le collodion (Nicaise) :

Thymol	1 gr. 50
Baume de tolu	5 grammes
Gomme laque pulvérisée	60 —
Alcool à 90°	50 —
Ether	100 —

Potion calmante contre l'insomnie :

Extrait de belladone	0 gr. 25
Bromure de sodium	10 grammes
Eau de laurier-cerise	10 —
Glycerine	15 —
Solution huileuse de trional à 5 0/0	60 —
Mucilage de Carragaen à 5 0/0	70 —

Faire une émulsion par simple mélange en agitant vivement la bouteille.

Chaque cuillerée à soupe renferme 0 gr. 025 d'extrait de belladone, 1 gramme de bromure, 1 gramme d'eau de laurier-cerise et 0 gr. 30 de trional.

Lotion contre l'urticaire (Gaucher) :

Alcool à 90°	30 grammes
Ether sulfurique	30 —
Chloroforme	30 —
Menthol	0 gr. 10

Potion calmante :

Bromure de potassium	2 grammes
Alcoolat de mélisse	10 —
Sirop d'éther	30 —
Teinture de valériane	40 gouttes
Eau	100 grammes

A prendre par cuillerées à soupe : les trois premières de 1/4 d'heure en 1/4 d'heure; les trois suivantes de 1/2 heure en 1/2 heure et les autres d'heure en heure.

Collutoire à l'acide salicylique :

Acide salicylique	1 gramme
Glycérine	30 —
Teinture d'eucalyptus	30 —

A. G.

Capsules anti-périodiques :

Apiol cristallisé	0 gr. 20
Cinéol	0 — 10
Huile d'amandes douces	0 — 20

F. s. a. une capsule. A prendre 10 capsules par jour.

(Brissemoret.)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Indications thérapeutiques fournies par l'état de l'appareil circulatoire chez les neurasthéniques. — On sait que certains neurasthéniques se trouvent bien d'une médication stimulante, tandis que d'autres recueillent les meilleurs résultats d'une médication hyposthénisante. M. Maurice de Fleury, à la suite de longues et patientes recherches, vient de montrer que ces malades appartiennent à deux catégories bien distinctes. (*Soc. thér.*)

Les uns sont de véritables déprimés à vitalité basse, à tension artérielle abaissée, à nutrition ralentie. Ils sont améliorés par un régime alimentaire supprimant toute fausse excitation de leur système nerveux et par des stimulants mécaniques: injections salines, étincelles statiques, frictions, massages, etc.

Sous l'influence de ces moyens, M. de Fleury a vu le cœur augmenter de puissance, le système artériel reprendre sa tonicité, les muscles recouvrer leur vigueur, le coefficient d'utilisation azotée se relever.

Les autres sont des neurasthéniques à hypertension. Souvent, leurs forces sont diminuées et leur nutrition ralentie, mais leur système cardio-artériel est en éréthisme au lieu d'être en affaissement. C'est que ce ne sont plus de simples déprimés, mais des intoxiqués atteints soit d'artério-sclérose, soit de névrose toxi-alimentaire, soit de brightisme, soit de diabète. Souvent névropathes par prédisposition héréditaire, une intoxication a déterminé chez eux l'éclosion des troubles neurasthéniques.

Cette seconde catégorie de névropathes guérit ou s'améliore par un régime très sévère, par la diète lactée ou le régime lacto-végétarien, par les massages, les bains carbonigènes, les bains statiques, les diurétiques, les sudorifiques et autres moyens permettant l'élimination des toxines et l'ouverture de la périphérie artérielle.

Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par le sérum musculaire, suivant le procédé de MM. Richet et Héricourt. — M. Josias a expérimenté récemment dans son service d'enfants à l'hôpital Trousseau, la valeur du suc musculaire, obtenu suivant la méthode de MM. Richet et Héricourt, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

La meilleure façon de procéder pour obtenir ce suc de viande (sérum musculaire), avec une presse de ménage, est de faire d'abord macérer la viande dans un peu d'eau (environ le quart de son poids), puis de mettre le tout, eau et viande, dans une presse de ménage, et de comprimer aussi fortement que possible ; on obtient ainsi 15 à 20 centimètres cubes de suc par 100 grammes de viande, légèrement dilué dans l'eau que l'on a ajoutée.

Le sérum musculaire ainsi obtenu est un liquide rougeâtre, sans grande saveur, excessivement altérable, qui se putréfie en quelques heures. On doit donc le préparer au moment de s'en servir.

Les enfants prennent facilement ce sérum musculaire, La dose minima de viande crue pour obtenir un résultat, est de 15 grammes de viande par kilogramme de malade. Pour un enfant pesant de 20 à 25 kilogrammes, M. Josias administrait le suc extrait de 500 grammes de viande crue de bœuf.

Les enfants choisis pour le traitement étaient tous atteints de tuberculose pulmonaire à diverses périodes. Le traitement poursuivi pendant plusieurs mois, a donné les résultats suivants :

Au début de la tuberculose pulmonaire, le suc de viande crue semble constituer un remède peut-être spécifique. Sur une petite malade, âgée de 10 ans, où la lésion légère du poumon se compliquait d'une diarrhée tuberculeuse intense, M. Josias a vu tous les symptômes du mal rétrocéder, le poids augmenter, l'état général se relever dans des proportions telles qu'il n'est pas téméraire d'espérer une guérison complète.

Si les lésions sont peu avancées, au début de la période de ramollissement, on peut espérer également une amélioration notable, mais les résultats sont moins satisfaisants. L'état général s'améliore, il est vrai, mais le poids ne s'élève pas, et les signes locaux persistent à peu près, sans modification, après un traitement de 5 à 6 mois.

Enfin, lorsque le poumon est largement infiltré et ramolli, il ne faut pas trop escompter les bons effets du traitement ; l'état des malades peut rester stationnaire, mais les lésions continuent à évoluer plus ou moins rapidement (*Soc. de thérap.*, 13 février).

Traitement des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium. — Les grands lavements chauds de 48° à 50° ont déjà été employés avec succès par Tripier, de Lyon, contre les hémorrhagies de l'estomac : le but de l'auteur était d'amener la contraction des petits vaisseaux à distance.

On sait, d'autre part, que M. P. Carnot a montré

Digitized by Google

la possibilité de favoriser la production de caillots oblitérateurs dans les vaisseaux béants à l'aide d'injections de gélatine ou par ingestion de chlorure de calcium.

Il était logique d'essayer ces deux moyens dans le traitement des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde. C'est ce que M. A. Mathieu a fait avec succès dans plusieurs cas d'hémorrhagies intestinales typhiques. *(Soc. thér.)*.

Voici comment il institue le traitement dès le début de l'accident.

Le malade est immobilisé le plus complètement possible; les bains froids sont donc suspendus et remplacés par de simples enveloppements à l'aide d'un drap mouillé. Le lait est supprimé et remplacé pendant 2 ou 3 jours par une certaine quantité d'eau.

On donne tous les jours un ou deux lavements de un litre d'eau bouillie à 48°, à faible pression à l'aide d'un bock à injections placé de 20 à 40 centimètres au-dessus du lit.

A chaque lavement, on ajoute 4 grammes de chlorure de calcium et on en fait prendre 2 grammes par la bouche en solution aqueuse.

Il est utile de compléter le traitement par de petites doses d'extrait thébaïque, 4 ou 5 centigrammes en pilules d'un centigramme, espacées. L'administration de l'opium a pour but d'immobiliser l'intestin.

Dans quelques cas, M. Mathieu donne de plus trois doses espacées de 5 grammes de sous-nitrate de bismuth. Ce médicament a la propriété de désodoriser les selles d'une façon remarquable.

Le plus souvent, le premier lavement ramène des caillots de sang plus ou moins noirs : les lavements ultérieurs en sont exempts ; l'hémorrhagie est arrêtée sans aucun incident fâcheux. Ces lavements ont de plus l'avantage de débarrasser l'intestin de caillots destinés à s'y putréfier, cause nouvelle d'intoxication et de fièvre.

Le lait est rendu au bout de quelques jours, en petite quantité d'abord. Au bout de 5 ou 6 jours, si le sang n'a pas reparu dans les selles, le traitement normal et les bains froids sont repris.

Le chlorure de calcium n'est pas seulement utile dans les hémorrhagies de la fièvre typhoïde ; M. Mathieu l'a administré avec succès dans les hémoptysies à la dose de 4 grammes par jour, dans du lait.

CLINIQUE MÉDICALE

L'albuminurie produite par l'antipyrine ; inconvénients de l'antipyrine chez les albuminuriques. — On a signalé quelques-uns des inconvénients de l'antipyrine. Or, il en est un qui n'a point encore été décrit, et sur lequel M. A. Robin attire l'attention. *(Soc. thér.)*.

Quand l'antipyrine est administrée d'une manière continue, pendant 10 à 15 jours de suite, aux doses de 4 grammes par jour, à des individus dont le rein est absolument sain, il est fréquent de voir apparaître, du douzième au quinzième jour, des traces d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie, très légère, disparaît rapidement quand on cesse l'usage du médicament.

Réciproquement, chez les sujets qui, pour une raison quelconque, présentent de l'albumine dans les urines, l'emploi de l'antipyrine fait rapidement augmenter la teneur en albumine, ainsi qu'en témoignent les observations de M. Robin.

Ainsi, comme l'administration prolongée de l'antipyrine peut déterminer le passage dans l'urine d'une certaine quantité d'albumine, il importe, quand on administre ce médicament, de surveiller attentivement la sécrétion rénale, afin de le suspendre aussitôt qu'apparaissent des traces d'albumine.

En outre, cette albumine, si fugace qu'elle soit, constitue une contre-indication à l'emploi de doses trop élevées ou trop longtemps continuées. Elle implique aussi l'abstention de l'antipyrine dans les affections rénales.

Quelques signes fournis par l'examen des urines dans les cirrhoses et dans l'ictère. — MM. Gilbert et Lereboullet viennent d'étudier cette question essentiellement pratique, à la Société de Biologie, et nous croyons utile d'en faire l'exposé d'après leurs communications.

A. Des urines retardées ou opsiurie dans les cirrhoses. — Il existe normalement dans l'élimination horaire de l'urine et dans sa teneur en urée des variations qui dépendent en grande partie d'une influence alimentaire. L'examen fractionné des urines les met en évidence, et ce même examen pratiqué chez des sujets atteints de *maladies diverses du foie* permet de mettre en lumière dans nombre de cas une *inversion du rythme normal de l'élimination aqueuse*, accompagnée souvent d'une inversion parallèle du rythme colorant. L'inversion de l'élimination aqueuse paraît constituer un *signe précoce d'hypertension portale*, pouvant précéder l'ascite. MM. Gilbert et Lereboullet désignent sous le nom de *opsiurie* ce retard de l'élimination aqueuse (de ὀψιος « qui arrive ou se fait tard »).

Normalement, les urines diurnes sont les plus abondantes et surtout dans les heures qui suivent les repas. Or, chez certains hépatiques, les urines sont retardées et il y a inversion de la formule normale de l'élimination aqueuse. MM. Gilbert et Lereboullet

Digitized by Google

l'ont observé dans des cas de cirrhose biliaire simple ou hyperspléno-mégalique, dans certaines cirrhoses alcooliques, dans un cas de cirrhose hypertrophique alcoolique anascitique avec diabète, dans certains foies cardiaques.

La raison primordiale de ce phénomène paraît résider dans une gêne de la circulation portale.

Cette anomalie du rythme urinaire s'expliquerait par un *retard dans l'absorption aqueuse dans l'intestin* due à la pléthore portale. Il s'agirait d'un symptôme à ajouter à ceux qui ont été groupés sous l'étiquette de *syndrome de l'hypertension portale* (Gilbert et Garnier).

Ce syndrome, dans les *cirrhoses veineuses avec ascite*, est constitué par la pléthore veineuse sous-hépatique amenant à sa suite l'ascite avec l'œdème des membres inférieurs, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, les hémorrhoïdes, les troubles intestinaux et les hémorrhagies gastro-intestinales (sous la dépendance de varices œsophagiennes ou gastro-intestinales), la tuméfaction congestive de la rate.

Le *retard de l'élimination aqueuse* de l'urine, l'*opsiurie*, pourra souvent permettre de déceler une hypertension portale commençante. C'est un *signe de la période préascitique dans les cirrhoses alcooliques*. Lorsque l'ascite est apparue et surtout lorsque le malade est à la phase cachectique, il y a souvent une telle gêne de l'absorption que l'oligurie est permanente et que l'on ne peut plus observer ce rythme très spécial.

Ce rythme doit se rencontrer dans toutes les affections où, primitivement ou secondairement, le foie et la circulation sous-hépatique sont touchés. On le rencontre dans certains cas de *congestion hépatique d'origine cardiaque* et ainsi peuvent être interprétés les faits d'affections du cœur et des reins où l'on a signalé, surtout au cours d'œdème et d'ascite, un taux d'excrétion urinaire nocturne supérieur au taux diurne. L'opsiurie est donc un signe qui permet de juger de la perméabilité hépatique.

B. De l'inversion du rythme colorant des urines dans l'ictère. — Cette inversion paraît due au passage de la bile dans l'urine au moment de la période digestive.

Normalement, les urines émises après le repas sont claires, celles du jeûne foncées, les plus foncées étant, en général, celles émises le matin au réveil. Or, chez des malades atteints de cirrhose biliaire, ou d'une autre affection du foie avec ictère, les urines les plus foncées étaient, au contraire, celles émises dans les quatre à cinq heures qui suivent les repas. Dans ces urines, la réaction de Gmelin était positive et beaucoup plus marquée que dans les autres échantillons.

Dans quelques cas, les pigments biliaires très abondants se retrouvaient dans toutes les urines émises, et il n'y avait qu'une différence de degré entre les urines du jeûne et celles de la période digestive. Dans d'autres cas, seules les urines digestives contenaient des pigments biliaires. Enfin, parfois, les urines contenaient assez peu de pigments biliaires pour que l'examen global des urines fasse conclure à l'absence de pigments biliaires, alors que l'examen fractionné révélait leur présence soit à l'état de pigments biliaires vrais, soit à l'état de pigments biliaires modifiés. Tantôt, en effet, cette inversion du rythme colorant s'observe chez des sujets atteints d'ictère biliphéique, tantôt il s'agit de malades atteints d'ictère dit hémaphéique, et l'examen des urines digestives y montre alors une proportion plus grande de pigment rouge brun que dans les autres échantillons. Il en était ainsi dans un certain nombre de cas de cirrhoses alcooliques observés par MM. Gilbert et Lereboullet.

Cette inversion de rythme colorant se retrouve dans tous les cas où il y a passage de pigments biliaires vrais ou modifiés dans l'urine qu'il y ait un trouble permanent ou passage de la fonction biliaire. Elle est due au passage plus abondant des pigments biliaires dans l'urine au moment de la digestion.

Bien que les données physiologiques ne soient pas à cet égard très démonstratives, il est quelques faits d'observation clinique, tels qu'un cas de fistule biliaire suivi par Copeman, qui prouvent nettement la production plus grande de bile au moment de la période digestive.

D'ailleurs, chez certains malades, l'examen du sérum permet d'observer parallèlement une abondance plus grande des pigments biliaires dans le sérum pendant la période digestive.

Il n'y a donc pas de doute sur l'interprétation à donner de cette inversion du rythme colorant. *Elle est due au passage plus marqué de la bile dans le sang et dans l'urine au moment de la période digestive*.

Il est peu d'exceptions à cette règle de l'inversion du rythme colorant chez les individus atteints d'ictère. Pourtant, lorsque les urines sont très chargées en pigments biliaires, comme dans certains ictères intenses, les différences entre chaque échantillon peuvent être d'appréciation délicate ; et de même, si l'on a affaire à des sujets cachectiques, mangeant à peine, l'influence digestive peut être moins nette, d'autant qu'alors le degré souvent marqué de l'oligurie rend l'observation difficile.

Suivant les cas, cette inversion du rythme colorant se surajoute au retard de l'élimination aqueuse, les urines étant non seulement plus foncées, mais encore

Digitized by Google

plus rares dans la période digestive; il y a dans ce cas à la fois trouble de la fonction biliaire et hypertension portale. Ou bien seul existe le trouble de la fonction biliaire (comme dans l'ictère catarrhal et l'ictère lithiasique), et alors les urines digestives sont en même temps plus foncées et plus abondantes.

Cette inversion du rythme colorant, quel qu'en soit le degré, a une certaine valeur sémiologique. C'est surtout lorsque l'élimination des pigments biliaires par l'urine est peu marquée qu'elle acquiert sa véritable importance. On peut alors, en effet, reconnaître par l'examen fractionné la présence de pigments biliaires alors que l'examen global faisait conclure à leur absence.

C. Les urines dans l'ictère acholurique. — On sait que MM. Gilbert et Lereboullet (*Soc. méd. des hôp.*, 2 nov. 1900), ont décrit sous le nom d'ictère acholurique un état pathologique où, à l'imprégnation jaunâtre des téguments se joint la présence de pigments biliaires dans le sérum et parfois même leur passage dans l'urine. Il y a dans ce cas acholurie constante, mais parfois une poussée angiocholitique plus marquée peut s'accompagner du passage de pigments biliaires dans l'urine. Dans quelques cas, dans les urines qui suivent le repas du soir, MM. Gilbert et Lereboullet ont pu constater l'ébauche du rythme interverti. — S. R.

CLINIQUE INFANTILE

Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës et les erreurs de diagnostic qu'il peut causer. — Très souvent le point de côté de la pneumonie et de la pleuro-pneumonie siège chez l'enfant plus bas que chez l'adulte; du moins, les enfants, surtout les jeunes montrent le siège de la douleur au-dessous de l'hypochondre ou plus bas encore. Je sais combien il est difficile de faire préciser à un jeune enfant le siège d'un phénomène douloureux, mais ce fait est si fréquent qu'il répond certainement à une réalité.

Parfois ce symptôme est trompeur et en l'absence de phénomènes respiratoires très saillants, le point de côté abdominal attire l'attention vers l'intestin ou le péritoine. Généralement, l'erreur ne dure pas plus de quelques instants, mais j'ai vu dans un cas le diagnostic hésiter réellement entre une appendicite et une pneumonie.

Et cependant la jeune malade n'était plus véritablement une enfant, puisqu'elle avait 13 ans 1/2. Elle arrivait à l'hôpital Trousseau (salle Triboulet, n° 8), le 16 février, avec une température de 39°5, malade depuis 8 jours environ, ayant eu de la céphalée, de la fièvre, de la douleur au côté droit de la poitrine.

Le 17, elle était rouge, le facies un peu anxieux, les yeux un peu excavés, sans dyspnée, toussant très peu. Elle se plaignait d'une douleur dans le ventre, à droite; on la provoquait d'ailleurs en comprimant le flanc droit et la fosse iliaque et plus particulièrement la région de Mac Burney.

En présence de ce syndrome, mes élèves, d'ailleurs très exercés, crurent *qu'il pourrait* exister là une appendicite; mais ce n'était qu'une apparence, car, si au lieu de presser brusquement et d'un seul doigt on déprimait lentement la paroi abdominale avec toute la largeur de la main, on ne provoquait plus de douleur et on ne rencontrait pas de défense musculaire.

Toutefois, comme l'auscultation ne révélait rien, je fis quelques réserves.

Ce n'est que le lendemain, 18 février, que je trouvai au sommet droit, en arrière, une respiration légèrement soufflante et surtout sous la clavicule un son skodique qui me fit penser à une pneumonie droite. Cependant la douleur persistait dans la fosse iliaque droite, sans empâtement, sans réaction musculaire nette.

Le 19 février, le skodisme disparaît, on constatait sous la clavicule quelques râles sous crépitants, mais comme la pneumonie n'apparaissait pas et que le point abdominal existait encore, on se demandait si l'appendice n'était pas en cause.

Ce qui troublait aussi l'appréciation des choses, c'était un aspect spécial des yeux, excavés, entourés d'un cercle bleuâtre; j'appris depuis que c'était un caractère spécial de la physionomie de cette malade. D'ailleurs ce même jour, la température tombait de 40° à 37°6.

Le lendemain 20, neuvième jour de la maladie, toute douleur avait disparu du ventre et en même temps, les signes de la pneumonie apparaissaient sous la forme d'une respiration très soufflante dans la fosse sous-épineuse droite, de râles sous-crépitants à la base, et d'une sonorité tympanique avec râles crépitants au sommet droit en avant.

Chose curieuse, alors que tout allait bien depuis 8 jours, le 1er mars, je constatais une élévation de température en même temps que des râles crépitants dans le poumon droit, et cette fois, avec un point douloureux *de poitrine*, à droite.

D'ailleurs cette poussée nouvelle, beaucoup moins importante que la première, disparaissait en deux jours, sans laisser aucune trace.

Je doit ajouter que l'intestin a été tout le temps silencieux, et que je n'ai observé aucun signe de colite. — L. Guinon. (*Soc. pédiat.*)

Digitized by Google

OTOLOGIE

Traitement de l'otite moyenne aiguë commençante par les insufflations d'air. — Dans le cours d'un coryza aigu, généralement du 4e au 8e jour, il est assez fréquent de voir apparaître une otite moyenne aiguë, caractérisée tout d'abord par une sensation de gêne, de plénitude dans l'oreille, suivie bientôt de douleurs vives, lancinantes, à exacerbations nocturnes ; la surdité survient à un degré variable et augmente à mesure que la caisse se remplit de sécrétions. Quant aux phénomènes généraux, ils sont plus ou moins accusés, car leur intensité est subordonnée à l'âge, au tempérament de l'individu et au degré plus ou moins intense du processus inflammatoire.

Si on examine le tympan, dans les premières heures, on constate une injection vasculaire très marquée le long du manche du marteau et dans toute la région de la membrane de Schrappnell ; plus tard, la membrane du tympan elle-même est atteinte par l'inflammation, elle perd son poli et se vousse en dehors quand une sécrétion abondante est retenue derrière elle.

M. A. Courtade, se basant sur un certain nombre de faits très favorables, conseille de pratiquer une insufflation d'air dans ces cas d'otite moyenne aiguë à la première période. On constate, à l'aide de l'otoscope, que l'air vient barboter dans le liquide sécrété et produit un bruit de gros râles muqueux. (*Soc. thér.*)

Très souvent, dès la première insufflation, le malade se sent soulagé, la tête lui semble plus libre, la surdité diminue et les douleurs disparaissent. Dans bien des cas, si on pratique l'insufflation dès les premières heures, l'amélioration est telle qu'il n'y a pas lieu d'y revenir et que la guérison en est la suite.

La crainte, assez chimérique, de repousser les sécrétions dans les cellules mastoïdiennes, ne doit pas faire rejeter un mode de traitement aussi simple et aussi efficace. Il faut ajouter qu'il est loin d'être applicable à tous les cas d'otite moyenne. Dans les otites intenses, il faut se garder de recourir aux douches d'air, qui seraient inutiles, douloureuses, et détermineraient très probablement une perforation immédiate du tympan.

Les cas les plus favorables sont ceux où l'inflammation de la muqueuse de la caisse ne se traduit encore que par une injection très accusée du manche du marteau et de la membrane de Schrapnell, ou même par une rougeur de toute la membrane du tympan, mais sans infiltration de la couche cornée cutanée ; dans ces cas, le meilleur calmant est encore l'insufflation d'air qui présente l'avantage d'arrêter le processus inflammatoire.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de la fièvre aphteuse. — M. Nocard. Parmi les maladies contagieuses qui menacent la prospérité de l'élevage, la fièvre aphteuse est une de celles contre lesquelles les mesures sanitaires les mieux conçues et les mieux appliquées restent parfois impuissantes. Il est difficile, pour un pays complètement indemne, d'échapper à l'infection quand les pays qui l'environnent sont eux-mêmes infectés.

C'est ainsi que la France, demeurée indemne jusqu'en 1892, alors que la maladie sévissait depuis 1886 dans l'Europe centrale, n'a pu échapper à l'infection qui avait gagné peu à peu la Belgique, les provinces rhénanes, la Suisse et l'Italie.

Les mesures de police sanitaire, si rationnelles qu'elles soient, indispensables pour limiter les ravages de la fièvre aphteuse et éteindre les foyers existants, ne peuvent amener ce résultat qu'après de longues années d'efforts persévérants.

C'est qu'en effet le germe contage de cette affection nous est encore inconnu, de même que celui de la rage, et qu'il se transmet non seulement par le contact des animaux malades, mais par leurs déjections, par les chiens, les chats, les volailles, et surtout par les personnes chargées de leur donner des soins.

Il n'existe aucun traitement spécifique de la fièvre aphteuse : lorsqu'elle existe dans une région, les cultivateurs n'ont pas d'autre chance d'y échapper qu'en appliquant les mesures prescrites par les règlements sanitaires.

La peste en 1900. — M. Proust fait connaître, dans ce long mémoire, le bilan de la peste dans les cinq parties du monde, où elle a régné pendant l'année 1900; elle s'aggrave actuellement à Bombay et au Cap et s'est montrée il y a peu de temps en Angleterre.

L'Inde a été son foyer originel, et c'est à Bombay qu'elle a fait le plus de ravages. Du 29 septembre 1896 au 31 décembre 1899, le nombre des cas de peste officiellement relevés dans cette ville a été de 52.202 et celui des décès de 44.417. En 1900, le chiffre des décès a été de 24 138. L'épidémie est loin d'y être enrayée, puisque dès maintenant le nombre des victimes de la peste dépasse celui de l'année 1900 et menace de le laisser loin derrière lui.

De Bombay, ainsi que cela a été prévu, la peste a été importée dans les cinq parties du monde : cette dissémination de la maladie, qui augmente chaque jour davantage, aggrave le péril de l'importation dans notre pays.

Digitized by Google

Dans certaines régions, comme dans l'Inde, elle est devenue presque endémique.

Cependant, grâce à l'exécution des mesures et règlements de police sanitaire, grâce à l'action favorable du sérum de Yersin, nous n'avons plus à redouter chez nous les désastres d'autrefois. La façon dont les choses se sont passées au Japon, à Kobé et à Osaka, à Port-Saïd, à Alexandrie, en Australie, et surtout à Glasgow, et au lazaret du Frioul en 1900, montre qu'il est possible de circonscrire et d'éteindre la peste.

Dangers des injections intra-rachidiennes de cocaïne. — M Laborde. L'injection de cocaïne par la voie lombaire dans le canal vertébral a pour résultat de mettre cette substance en rapport avec les racines de la queue de cheval (d'où l'analgésie du segment inférieur du corps) et surtout de la mélanger avec le liquide céphalo-rachidien. C'est de ce mélange que proviennent les dangers de la cocaïne, car son action va dépasser de beaucoup les nerfs de la moitié inférieure du corps En effet. grâce à l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien, la substance médicamenteuse est portée dans toute la hauteur du myelaxe, jusqu'à la région bulbaire et même encephalique, d'où la production, non-seulement de l'analgésie dans la région sus-ombilicale, mais encore de troubles fonctionnels d'origine bulbo-encéphaliques, tels que : vomissements, céphalée, tremblement, syncope cardio-respiratoire, etc... C'est la porte ouverte aux accidents de la plus haute gravité, puisqu'ils peuvent aboutir à la mort. La possibilité de tels accidents feront de la cocaïnisation lombaire une méthode d'exception *(26 mars)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës. — M. Chauffard. Nous savons aujourd'hui que les méningites cérébro-spinales aiguës peuvent se terminer par la guérison. Mais il y a lieu de se demander ce que deviennent les méningitiques guéris, quelle trace de son passage laissera cette infection, souvent pyogène, développée autour des centres cérébro-spinaux.

L'observation que rapporte M. Chauffard permet de conclure à une guérison absolue, par *restitutio ad integrum ;* car, deux mois après la disparition d'accidents de la plus haute gravité, quoique par la ponction lombaire on ait retiré du pus du canal rachidien, le sujet jouissait d'une santé parfaite et avait pu reprendre ses travaux de menuisier.

Péricardite tuberculeuse. — M. Rendu présente un malade, âgé de 34 ans, tuberculeux, qui, au cours de son affection pulmonaire, a été atteint d'un épanchement péricardique considérable, lequel s'est reproduit très rapidement à la suite d'une première ponction faite dans le sixième espace intercostal. Une seconde paracentèse, suivie de l'injection d'un gramme de naphtol camphré, a déterminé la résorption de l'épanchement et la production d'une symphyse péricardique. Une amélioration parallèle s'est produite dans l'état du poumon.

Déformation hippocratique des doigts d'une seule main. — M. Béclère. Il s'agit d'un cas exceptionnel, celui d'un homme dont la main gauche est tout à fait normale, mais dont la main droite présente l'aspect d'une main de phtisique au 3e degré, quoiqu'il soit probablement atteint d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, sans tuberculose.

On ne doit pas oublier cependant que c'est dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire qu'on observe à son plus haut degré la déformation hippocratique des extrémités digitales.

Quoi qu'il en soit, seules les phalangettes de la main droite, plus volumineuses et renflées en tous sens, ont une forme sphérique qui donne à chaque doigt l'aspect d'une massue.

Par contre, les épreuves radiographiques de ces deux mains extérieurement si dissemblables, ne laissent voir aucune différence entre les phalangettes osseuses de la main droite et celles de la main gauche ; le développement anormal des extrémités digitales de la main droite a pour siège unique les parties molles ; le tissu osseux n'y prend aucune part.

Diphtérie généralisée. — M. Legendre présente les pièces anatomiques d'un cas de diphtérie généralisée à tout l'arbre respiratoire chez un adulte, mort par asphyxie mécanique 27 heures après l'injection de sérum.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Présentation de pièces anatomiques par M. Legendre. Anévrysme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique ; léger rétrécissement mitral avec insuffisance ; rétrécissement fonctionnel de l'artère pulmonaire comprimée par le sac ; mort subite par rupture du sac dans le péricarde *(22 mars)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Corps étranger de la trachée. — M. Ricard recevait, le 15 novembre, dans son service, une femme de 39 ans, qui, depuis son enfance, portait une canule qu'elle avait dû conserver à la suite d'une trachéotomie pratiquée pour des ulcérations laryngiennes dans le cours d'une fièvre typhoïde. Malgré cela, elle jouissait d'une bonne santé, lorsque le 14 novembre, elle fut prise d'un accès subit de suffocation : la portion intra-trachéale de la canule s'était dessoudée et était tombée dans les voies aériennes.

Cet accès de dyspnée fut de courte durée et la malade put sans inconvénient sortir le lendemain pour se soumettre à la radiographie. L'épreuve montra la canule à cheval sur l'éperon de la bifurcation bronchique, sa petite extrémité plongeant dans la bronche droite.

Le 17 au matin, après anesthésie par le chloroforme, M. Ricard introduisit par l'orifice trachéal une pince longue et flexible, mais ne put retirer le corps étranger

Digitized by Google

par les voies naturelles, à cause de menaces graves d'asphysie. Il pratiqua alors la résection de la moitié supérieure du sternum, pénétra dans le médiastin antérieur et aborda la trachée près de sa bifurcation. Mais, malgré tous ces efforts, il ne put sentir la canule ni dans la trachée, ni à l'origine des bronches.

Dans ces conditions, craignant que le corps étranger ne fût descendu dans le poumon et hors d'atteinte, il plaça une mèche de gaze dans la plaie médiastine et referma le lambeau cutané.

La malade succomba six jours après, présentant des phénomènes de septicémie et de gangrène pulmonaire.

Septicémie puerpérale à forme prolongée, hystérectomie, guérison. — M. Monzie. Il s'agit d'une femme de 39 ans, robuste, accouchée depuis 2 mois et présentant depuis cette époque des phénomènes septiques fébriles. Le ventre était ballonné, douloureux ; la vulve laissait écouler un liquide sanieux. Par le toucher, on sentait une masse occupant le cul-de-sac latéral gauche; l'utérus était refoulé en arrière; les ligaments larges paraissaient épaissis et empâtés.

Le 2 septembre 1899, M. Monzie pratiqua l'hystérectomie abdominale totale. Une volumineuse poche purulente adhérait à la corne utérine gauche, au ligament large fluctuant et à l'S iliaque. Le tissu utérin, très friable, était gorgé de petits abcès. Les suites de cette opération furent relativement simples et la malade guérit complètement.

Hernie vésicale sus-pubienne. — M. Tedenat, de Montpellier, rapporte un cas de hernie vésicale médiane, sus-pubienne, existant depuis 40 ans, chez une femme de 66 ans. La tumeur se présentait sous la forme d'une grosse orange, pédiculée, dure, mobile sous la peau, au-dessus du pubis. Il n'existait aucun trouble urinaire. M. Tedenat pensa tout d'abord à l'existence d'un fibrome né dans les tractus fibreux d'insertion de la ligne blanche. Ce ne fut qu'au cours de la laparotomie qu'il mit à jour une hernie de la vessie en forme de bissac, en ne communiquant pas avec le corps de la vessie à cause de l'étranglement exercé par l'anneau fibreux autour du pédicule. La poche herniée renfermait du pus et fut excisée ; puis une double suture referma la vessie. Cette opération fut bien supportée et la malade guérit *(20 mars)*.

VARIÉTÉ

Le sanatorium dans le traitement des maladies de peau. — Avec le temps, les mœurs médicales se modifient, la thérapeutique se perfectionne en ce qui concerne ses agents et surtout leur mode d'application. L'exemple des cliniques chirurgicales privées a démontré combien il est utile aux malades de se trouver sous la direction immédiate du chirurgien, d'être pansé par des infirmiers ayant reçu de lui leur éducation spéciale, d'être opéré dans un endroit disposé à l'avance pour rendre l'opération plus facile, plus brève et plus sûre, l'opérateur étant dégagé de toute préoccupation accessoire, ayant sous la main tout ce qui est nécessaire et ayant pu tout régler à l'avance.

Pour le traitement des maladies de poitrine, le sanatorium a fait ses preuves. Quant au sanatorium pour maladies cutanées, il doit être signalé à l'attention des praticiens; car, l'évolution de la thérapeutique dermatologique s'est faite dans un double sens : intervention toujours plus importante des agents physiques, perfectionnement des modes de pansement grâce à l'emploi de corps nouveaux, à l'étude plus complète de leur mode d'action sur les tissus, à la découverte de modes multiples d'application. En outre, par un retour aux vieilles idées de l'école française, l'enquête sur l'état du milieu intérieur, sur l'équilibre ou le déséquilibre nerveux, sanguin, sur le chimisme urinaire devient chaque jour plus minutieux : la thérapeutique interne des affections cutanées, encore à l'état rudimentaire, paraît s'engager dans une voie révolutionnaire. On comprend dès lors que dans des cas graves ou simplement difficiles, où le médecin n'arrive pas à obtenir la guérison d'une maladie cependant curable, dans des affections douloureuses dans lesquelles il ne peut obtenir l'atténuation des troubles de sensibilité il puisse être amené à conseiller au malade de chercher un remède dans des établissements où sont réunies toutes les ressources de la thérapeutique externe, où celui ci trouvera une surveillance quotidienne, des pansements exécutés d'une façon minutieuse, tous les appareils nécessaires au traitement par les agents physiques (1).

Voici un malade atteint d'un prurit rebelle; dans certains cas, il sera justiciable de l'électricité statique ; dans d'autres, des courants de haute fréquence ; dans d'autres, de l'hydrothérapie tiède ; dans d'autres, de lotions, d'applications de pommades. S'agit-il de formes simples, limitées, modérées? Le malade peut se déplacer, aller chez le médecin compétent et disposant des appareils nécessaires; mais a-t-on affaire à des cas rebelles, avec troubles nerveux, sanguins, rénaux, gastriques, où toutes les méthodes peuvent et doivent être combinées, douches tièdes, haute fréquence, applications de topiques ? La maison de santé devient alors précieuse pour le patient; s'il doit guérir, il ne guérira guère que là.

(1) Un établissement de ce genre existe maintenant à Paris, dirigé par un ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, le Dr Leredde, qui a comblé une véritable lacune en fondant, à Paris, un établissement dermatologique supérieur à ceux de l'étranger, puisqu'il a cherché à y introduire d'une façon tout à fait éclectique tous les progrès nouveaux.

Digitized by Google

Voici un autre malade atteint de psoriasis étendu, grave, épais; ce psoriasis résiste aux applications de glycérolé cadique et chrysarobine, d'acide pyrogallique, recommandées par les dermatologistes. Ce malade pourra guérir dans une maison de santé où il subira, *sans danger*, les applications les plus violentes de chrysarobine et d'acide pyrogallique, parce qu'il sera observé directement, le matin et le soir. Il arrive encore que toutes les régions du corps ne doivent pas être pansées de la même manière; ici, il faudra une pommade, là, une autre, ou bien tel emplâtre, tel ou tel point peut être irrité par le traitement; il faut cesser celui-ci de suite, calmer la réaction exagérée qui apparaît; sur d'autres régions, l'action médicamenteuse est insuffisante; il faudra élever les doses, arriver à mordre davantage. Sans doute, tout cela peut être fait en dehors d'une maison de santé, mais dans celle-ci sera fait beaucoup mieux, la guérison sera non seulement plus complète mais encore plus définitive.

Des remarques semblables peuvent se faire dans un grand nombre de dermatoses : citons encore les acnés rebelles, les sycosis graves. On sait combien la thérapeutique locale est difficile chez les eczémateux, elle a cependant un rôle de premier ordre, dans la guérison, au moins dans un très grand nombre de cas. Surveillée, modifiée chaque jour au besoin, elle peut permettre d'obtenir une prompte guérison. Bref, nous pouvons dire ceci : *il existe des dermatoses incurables dans les conditions ordinaires;* ces dermatoses deviennent curables lorsqu'on les place dans des conditions spéciales de traitement et de discipline thérapeutique. — R. D.

BIBLIOGRAPHIE

L'insuffisance hépatique, par A. Gouget, médecin des hôpitaux. — Petit in-8°. *(Encyclopédie scientifique des aide-mémoire)*. Masson, éditeur.

Ce livre est le premier dans lequel l'insuffisance hépatique, d'actualité par excellence, se trouve l'objet d'une étude d'ensemble. Toutes les acquisitions récentes sur les signes révélateurs et le diagnostic de cet état morbide s'y trouvent mises au point. Les agents capables de rendre le foie insuffisant, les lésions qu'ils déterminent, la façon dont le foie leur résiste, sont également étudiés en détail. C'est un travail très consciencieux et très complet, et nous ne pouvions nous attendre qu'à quelque chose d'excellent et mûri de la part de M. Gouget. — M. D.

Nouvelles publications des Actualités médicales, chez Baillière, éditeur.

Cette intéressante collection d'actualités médicales vient de s'enrichir de plusieurs nouveaux volumes.

1° *Le traitement de la syphilis*, par le Dr Emery, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine. Préface de M. le professeur Fournier.

Ce petit volume, qui reflète l'enseignement du maître, est très bien fait et est ainsi jugé par M. le prof. Fournier dans la préface : Il sera utile aux praticiens qui, les uns, ont déjà trop à faire et les autres trop à apprendre pour lire les gros volumes consacrés au traitement de la syphilis. »

2° *Les albuminuries curables*, par le Dr Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine.

L'auteur passe successivement en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion nettement déterminée de l'appareil rénal, puis les albuminuries rénales, supposant une altération plus ou moins avancée du parenchyme glandulaire. Du reste, cette question des albuminuries curables a été autrefois (depuis près de 40 ans) bien étudiée par Abeille.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent quatre chapitres spéciaux : 1° Les albuminuries intermittentes, irrégulières, des sujets en apparence bien portants; 2° les albuminuries des adolescents, généralement intermittentes et cycliques; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique; 4° les albuminuries d'ordre névropathique, notamment l'albuminurie de la station debout ou orthostatique.

Les albuminuries rénales se divisent en deux groupes : les néphrites aiguës infectieuses et les albuminuries permanentes des néphrites chroniques.

3° *Le pneumocoque et les pneumococcies*, par A. Lippmann. Préface du Dr Duflocq, médecin de l'hôpital Tenon.

Petit livre très complet et très bien conçu tant au point de vue bactériologique que clinique, bien que la bactériologie tienne une place prépondérante.

4° *Chirurgie des voies biliaires*, par le Dr Pauchet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

Intéressante monographie, toute d'actualité, mais tout spécialement faite au point de vue de la technique opératoire qui y est bien traitée. Les indications thérapeutiques n'y sont que sommairement envisagées.

La fatigue oculaire et le surmenage visuel, par le Dr Louis Dor, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

Monographie des plus intéressantes, toute d'actualité à notre époque de surmenage à outrance. Les causes et la thérapeutique sont étudiés avec soin et précision.

Précis de pathologie exotique *(maladies des pays chauds et des pays froids)*, par A. Le Dantec, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, professeur à l'Ecole du service de santé de la marine. Un vol. de la Collection Testut. Doin, éditeur.

Travail très consciencieux et très clair, qui s'adresse à tous les médecins des colonies, et aussi aux médecins de France qui exercent dans les ports, et pour lequel nous adressons à l'auteur toutes nos félicitations.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Sur une disposition spéciale de la Roséole de retour
Ordination suivant les espaces intercostaux : Roséole Abiès

Par De Beurmann, *Médecin de l'Hôpital Broca*,
et Louis Delherm, *Interne des Hôpitaux*.

Les roséoles de retour, si spéciales par leur aspect, leur morphologie, leur tendance à la récidive, présentent parfois, mais très rarement, un caractère que nous n'avons vu décrit nulle part et qui paraît leur appartenir en propre : la disposition en bande suivant les côtes et les espaces intercostaux, dispositif qui du reste ne se rencontre qu'au dos et ne se montre ni sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen, ni en aucune autre partie du corps.

D'après les auteurs classiques, il n'y a pour ainsi dire aucune loi qui régisse la façon dont les éléments roséoliques sont disposés les uns par rapport aux autres. Il existe bien une variété dans laquelle les éléments sont placés suivant un certain ordre, la variété dite « Roséole circinée ou ovalaire »; mais elle tire son individualité non de la manière dont les éléments se groupent, mais bien de la forme même de l'élément, qui est en anneau ou en ovale englobant une zone de peau saine.

La variété que nous décrivons ne ressemble en rien à la roséole circinée : nous en donnerons plus loin la description détaillée.

Cette étude, faite à l'hôpital Lourcine-Broca, est le fruit d'une observation d'une année pendant laquelle nous avons systématiquement examiné toutes les syphilitiques entrées dans notre service, au moins deux fois par semaine, l'expérience nous ayant appris que la roséole ordonnée est extrêmement fugace. Sur 1089 malades nous n'avons pu, en effet, relever que 8 cas typiques seulement. Nous avons examiné et noté toutes les roséoles, aussi bien celles qui suivent immédiatement les chancres que celles qui se produisent plus tardivement et que l'on distingue d'ordinaire sous le nom de roséoles de retour. Disons immédiatement que c'est parmi ces dernières que nous avons rencontré la roséole ordonnée, on sait aussi que les roséoles circinées sont également des roséoles de retour, le rapprochement est intéressant.

Certaines malades dont nous examinions le dos nous ont présenté une roséole de retour parfaitement ordonnée dans le sens des espaces intercostaux. Les éléments éruptifs étaient disposés en des lignes parallèles les unes aux autres. Chacune de ces lignes prenait naissance au niveau de la colonne vertébrale, s'en écartait ensuite en formant avec elle un angle très aigu, puis se dirigeait vers la ligne axillaire postérieure en suivant la direction de l'espace intercostal sans que toutefois le trajet de la ligne roséolique coïncidât d'une facon absolue avec celui-ci. L'extrémité antérieure et inférieure de la ligne se perdait au moment où elle atteignait le flanc, les éléments n'ayant plus en ce point de disposition ordonnée.

Chaque ligne était séparée de la supérieure et de l'inférieure par une bande saine très nette quoique variable, que nous avons pu photographier. Dans chaque ligne les éléments se présentaient avec tous les caractères ordinaires de ceux qui constituent les roséoles de retour, c'étaient des taches plus larges, plus étendues, d'un rose moins intense que celles de la roséole primitive. Chaque tache était nettement séparée de la voisine. L'éruption très nettement marquée, telle que nous venons de la décrire, occupait toujours le dos, et nous ne pouvons mieux la comparer qu'à un arbre : le sapin abies dont le tronc serait figuré par la colonne vertébrale et dont les branches qui s'inclinent vers le sol seraient représentées par nos lignes roséoliques.

Il existait enfin un petit point spécial, c'est que, les premières lignes, celles qui se détachent des deux ou trois premières vertèbres dorsales, formaient des arcs de cercle à rayon beaucoup plus court que les autres et paraissant avoir pour centre l'articulation scapulo-humérale.

On a dit que souvent les roséoles de retour étaient limitées, que leur territoire éruptif était moins étendu que celui des roséoles primitives; il n'en était rien dans tous les cas que nous avons observés. Nous nous sommes toujours trouvés en présence d'une efflorescence roséolique fort belle. L'éruption s'étendait à la face antérieure du thorax et de l'abdomen, à la racine des membres, le maximum était au dos et aux lombes. Nous n'avons jamais eu affaire à une roséole ordonnée « raréfiée ».

Les roséoles de retour sont résolutives au bout de quelques jours, généralement elles durent en moyenne une semaine ou deux environ. Un des caractères de celles que nous avons observées est la rapidité d'évolution, qui est très certainement un grand obstacle pour leur recherche. L'ordination des éléments que nous avions vue très nettement la veille, et que nous avions pu photographier, s'atténuait le lendemain et disparaissait un jour après.

Par deux fois ayant voulu faire photographier deux malades par notre externe M. Guyot, ayant été obligés de remettre l'opération au lendemain, nous avons été dans l'impossibilité de prendre un cliché 24 heures plus tard; l'ordination de la roséole s'était presque complètement effacée: c'est probablement

Digitized by Google

une des causes pour lesquelles cette disposition particulière a jusqu'à présent échappé à la description.

La disposition en lignes embrassant le thorax n'est pas chose rare dans les dermatoses; mais les séries linéaires n'occupent rarement une aussi grande surface que dans les roséoles que nous décrivons. En général, l'éruption plus discrète occupe une bande très étroite. C'est ainsi que Brissaud a décrit un pemphigus zoster; c'est ainsi qu'on a signalé des nœvi disposés en lignes, des bandes de sclérodermie, des dermatites en bandes, etc.

La syphilis peut aussi déterminer des éruptions en bande. Nous rappellerons les cas de : Arbot-Cautrell, Trapeznikoff, Jullien, Dieulafoy, Gaucher et Barbe, Spillmann et Etienne qui ont été signalés dans les dernières années. Chez la plupart de ces malades, il s'agissait de syphilides (papulo squameuses, tuberculeuses, etc.), c'est-à dire de lésions plus avancées que celles que nous avons observées chez nos malades.

Ces diverses éruptions qui se rapprochent de nos roséoles ordonnées par leur disposition zoniforme occupent seulement quelques espaces intercostaux, tandis que chez nos malades la plus grande partie du thorax en était couverte; elles sont unilatérales, tandis que nos roséoles étaient bilatérales et symétriques, elles sont de longue durée ou permanentes, et enfin elles dépendent d'une infection de date récente et non des causes éloignées.

La lecture de quelques observations résumées fera ressortir ces caractères.

Obs. I. — Blanche K.., 20 ans, entrée le 4 avril 1899. Accident primitif il y a 4 mois. La malade présente une roséole intense généralisée au thorax, à l'abdomen, aux racines des cuisses. Les éléments sont papuleux, et suivent presque la courbure des côtes. Ils constituent pour leur assemblage des lignes parallèles les unes aux autres séparées par des espaces de peau saine. Ces lignes se détachent de la colonne vertébrale formant avec elle un angle aigu ouvert en bas et vont se perdre dans le flanc. Elles sont surtout visibles à la région lombaire. La malade a été photographiée.

Obs. II. — J..., entrée le 28 mai 1899 Syphilis de trois mois environ. Syphilides pigmentaires du cou. Syphilides érosives vulvaires. Roséole intense ordonnée en lignes qui suivent les côtes. A la région scapulaire les lignes paraissent être ordonnées en segments de cercles allant de l'épine de l'omoplate vers le creux axillaire, le centre de ces cercles semble être l'articulation de l'épaule. La malade n'a pas pu être photographiée : l'éruption visible la veille s'étant fort atténuée le lendemain.

Obs. III. — R..., entrée en juin 1899. Syphilis de 6 mois. Roséole de retour papuleuse présentant les mêmes particularités que dans l observation II. La disposition ordonnée se voit plus facilement en s'aidant d'un verre bleu.

Obs. IV. — M..., entré en juillet 1899. Syphilis de 6 mois; papules vulvaires, plaques muqueuses vulvaires, rate de 8 centimètres, gros ganglions lymphatiques. La malade porte une roséole de retour ordonnée suivant la direction des espaces intercostaux.

Obs. V. — M..., entrée le 22 septembre 1899. Syphilis de 5 mois par chancre vulvaire, présente des papules vulvaires et de gros ganglions, une rate de 6 centimètres et une roséole de retour ordonnée.

Obs. VI. — N..., 16 novembre 1899. Enceinte de 7 mois 1/2. Syphilis de 4 mois environ. Chancre de la lèvre gauche. La malade porte des syphilides vulvaires papuleuses. La roséole dont les taches très nombreuses sont bien nettes et bien distinctes les unes des autres, décrit manifestement des cercles concentriques dont le centre serait à la tête de l'humérus. Si on commande à la malade de porter simultanément les deux épaules en arrière, la peau se plisse et la grande majorité des taches de roséole est située sur ces plis; on en voit au contraire très peu dans les sillons. La disposition ordonnée des taches roséoliques est mal limitée à partir de la ceinture

Obs. VII. — S..., 24 ans, 2 octobre 1899. Roséole généralisée à tout le corps, même à la figure, aux mains et aux pieds. Pas de papules vulvaires ni de plaques muqueuses Au dos, la roséole présente le même dispositif que dans l'observation II. Ce dispositif est plus marqué entre la pointe de l'omoplate et l'os iliaque.

Obs. VIII. — M..., 18 ans. 4 novembre 1899. Roséole très apparente, généralisée, taches très nettement espacées, plus nettes que dans l'observation précédente, surtout au dos, présentant le même dispositif que dans l'observation II.

Il nous reste maintenant à étudier quelle conséquence découlent de ces faits cliniques, tant au point de vue théorique, qu'au point de vue pratique.

Au point de vue théorique, on peut se demander quelle est la cause qui préside à une disposition si systématique des éléments roséoliques.

Deux hypothèses peuvent être émises : l'une, reconnaissant pour cause de ce phénomène le système circulatoire, l'autre, le système nerveux.

Il se pourrait que les bandes de roséoles ordonnées fussent disposées parallèlement aux vaisseaux interscostaux altérés, mais il nous paraît très improbable qu'on puisse invoquer cette pathogénie. Nous avons en effet toujours été en présence d'éruptions essentiellement fugaces, durant parfois 24 ou 48 heures à peine, s'effaçant très rapidement. S'il s'était agi de lésions liées à des troubles vasculaires, elles auraient été plus tenaces.

Il est plus rationnel de croire que la disposition ordonnée de la roséole s'explique par un trouble du système nerveux.

Autrefois, on aurait pensé qu'il s'agissait peut-être de névrite des nerfs intercostaux, mais depuis quelques années, sous l'impulsion de Head et de Brissaud, la théorie de la névrite s'est perfectionnée et est devenue la théorie métamérique. Brissaud, en effet, a montré que les affections zoniformes ne correspondaient que d'une façon grossière au trajet des nerfs, et qu'elles se manifestaient dans un segment

Digitized by Google

du corps par lésion d'un segment médullaire correspondant qui lui fournit son innervation. D'après Brissaud, le corps humain serait divisé en une série de zones qui seraient représentées sur les téguments par une série de zones horizontales ; d'où il résulte que si un neurotome est lésé, les conséquences de cette altération se font sentir dans un territoire cutané, limité par une ligne d'amputation régulière, comprise dans un plan horizontal. Or, ce que fait une éruption localisée comme la zona, nos roséoles zoniformes le reproduisent en grand, mais leurs lignes ne sont pas dirigées horizontalement, au contraire, elles ont une direction très oblique faisant avec la colonne vertébrale un angle aigu ouvert en bas. Il semble donc vraisemblable qu'on ne peut faire entrer nos roséoles dans un cadre métamérique, dont les bandes seraient disposées sur un plan horizontal.

Si maintenant nous étudions la conception métamérique de Head, nous voyons que cet auteur a été amené à édifier sa théorie en constatant au cours d'affections de l'estomac et d'autres organes qu'il existait des zones douloureuses avec certains points maxima. Or, ces points maxima, au nombre de deux ou trois pour chaque bande, sont disposés, comme ces bandes elles-mêmes, non pas dans un plan horizontal, mais dans un plan oblique, formant avec la colonne vertébrale un angle plus ou moins aigu ouvert en bas. C'est exactement le même dispositif que présentent nos roséoles ordonnées, elles forment elle aussi avec la colonne vertébrale des angles aigus ouverts en bas.

Il est possible que les myélomères de Head qui se sont surtout manifestés à leur auteur grâce à une hyperesthémie douloureuse et thermique, se manifestent aussi par des troubles vaso-moteurs, dont nos roséoles pourraient formuler la preuve. L'existence des myélomères prouvée par des troubles sensitifs dans les anesthésies syringo-myélitiques ; par des troubles trophiques dans le zona, la sclérodermie pourra encore être prouvée par des phénomènes d'ordre vaso-moteurs tels que roséoles ordonnées.

Nous pensons donc que la disposition de nos roséoles cadre assez avec l'hypothèse de Head, et comme nous savons que les zones de Head ne se rencontrent que quand il existe des lésions de la moelle elle-même, cela nous amène à penser que peut être nos roséoles ordonnées sont dues à une action du virus syphitique sur la moelle, atteignant, non pas un segment, mais toute une série des segments médullaires, dont l'assemblage constitue l'axe nerveux.

Il nous reste maintenant à tirer quelques conclusions pratiques de cette étude. Nous avons observé ces roséoles chez des femmes dont l'accident primitif avait toujours été génital ; la syphilis remontait à 4, 5 ou 6 mois, elle ne paraissait en aucun cas revêtir l'aspect d'une syphilis maligne, dans plusieurs cas, nous avons examiné la rate, et nous avons chaque fois constaté une augmentation très notable de son volume.

Jamais nous n'avons constaté chez nos malades l'apparition d'accidents d'une certaine gravité quoique la splenomégalie comme nous l'avons montré au dernier congrès soit pour nous l'indice d'une syphilis en activité, et parfois d'une activité menaçante.

Ces roséoles sont toujours des roséoles ds retour, et si le praticien les observe, il pourra se baser sur la disposition ordonnée pour éliminer d'emblée l'idée de roséole primaire, et pour reculer de plusieurs mois la date de l'accident initial.

Quant au traitement, il ne nous paraît comporter aucune indication spéciale. On peut se contenter du traitement habituel, par les pilules de protoiodure à cinq centigrammes, ou par les pilules de sublimé à un centigramme, prises une ou deux fois par jour, au moment des repas, mais dans tous les cas où des accidents plus graves sembleront menaçants, dans tous ceux où l'action du traitement ne paraîtra pas assez rapide, dans tous ceux surtout où les voies digestives devront être ménagées, on n'hésitera pas à avoir recours aux injections interstitielles, soit de préparations solubles soit de préparations insolubles, qui sont définitivement entrées dans la pratique courante et dont les indications ne sont plus à discuter, ni les avantages à faire valoir.

ÉTUDE CLINIQUE

De l'Entéroptose (1)

Par Frantz GLÉNARD,
Correspondant de l'Académie de Médecine

III

Voici donc une malade chez laquelle nous trouvons réunis les signes de la splanchnoptose, de la diminution de tension abdominale et de la sténose de l'intestin. Quelle relation peut exister entre ces phénomènes ? Puisque l'intestin est en même temps abaissé et sténosé, c'est le rôle de la ptose de l'intestin qu'il importe avant tout d'élucider. Quelles peuvent être les conséquences de la ptose de l'intestin ?

Il faut, pour répondre, étudier le mode de suspension du tube digestif, c'est-à-dire le péritoine, avec ses replis compliqués et les fibres ligamenteuses qui les renforcent, mais l'étudier à un point de vue nouveau. Il ne s'agit pas d'étudier, ainsi que le font les ana-

(1) Conférence à l'hôpital Necker (Suite). Voir n° 14, page 212.

Digitized by Google

tomistes, les replis du péritoine au point de vue des moyens de *fixation*, établissant des *rapports* dans la *situation* des divers segments de l'intestin, soit entre eux, soit avec la paroi et les autres viscères. Il s'agit de les étudier comme moyens de *suspension* pouvant jouer un *rôle* dans la *fonction* du tube digestif.

Des recherches minutieuses pratiquées sur ce sujet dans 40 autopsies, et qui se trouvent exposées dans son premier travail sur l'Entéroptose, l'auteur a déduit les propositions suivantes que nous nous contenterons ici de formuler :

« Le tube digestif est relevé de distance en distance à la manière des baldaquins, et les *angles* ainsi formés sont fixés à la paroi postérieure de l'abdomen. »

« Les six angles de soutènement, intermédiaires aux sept *anses* ainsi formées, peuvent être considérés comme les orifices de communication de deux anses contigues; de ces six orifices, il en est cinq qui se trouvent dans le plan du mésogastre, à peu près au même niveau. »

« Ces orifices de communication peuvent être atrésiés par la traction ou le prolapsus des anses correspondantes. »

De plus on peu démontrer ceci :

« Le faisceau fibreux, qui descend avec la mésentérique supérieure au devant du duodénum, est le vrai *ligament suspenseur de l'intestin grêle.* »

« Lorsque le grêle est vide de gaz et prolabé, il tire sur le ligament suspenseur qui, placé au devant du duodénum, en écrase contre la colonne l'orifice de sortie, et alors le duodénum, pour chasser son contenu dans le jéjunum, devra soulever un poids minimum d'un demi-kilogramme.

« L'orifice duodénojéjunal, orifice de sortie du duodénum, est celui des six orifices dont le siège est le plus fixe, dont la perméabilité est le plus exposée. »

D'un autre côté, et cela résulte des rapports anatomiques de l'arrière-cavité de l'épiploon, « le côlon est relié à l'estomac d'une façon invariable, c'est-à-dire lui est suspendu, au niveau des quatre premiers centimètres de la grande courbure à partir du pylore. »

« L'épiploon intermédiaire au transverse et à l'estomac, qu'on peut, en raison de sa fonction, décrire sous le nom de *ligament pyloricolique*, relève le transverse vers sa partie moyenne et divise ainsi la grande anse transverse en deux anses secondaires, qu'on peut désigner par les termes de *première* et *deuxième anses transverses,* ou droite et gauche; l'orifice de communication entre ces deux anses, auquel convient le terme d'*orifice sous-pylorique du côlon transverse*, peut être atrésié par le prolapsus de chacune des deux anses transverses. En outre, le prolapsus des anses transverses implique le prolapsus de l'estomac, et, par suite, l'atrésie de l'orifice gastro duodénal ou orifice de sortie de l'estomac. »

« Sachant, d'ailleurs, que l'orifice de sortie du duodénum peut être atrésié par le prolapsus du grêle, (ligament suspenseur du mésentère) et que l'anse duodénale, avec sa forme en fer à cheval, (ouvert en haut et non à gauche), n'est pas soutenue par sa concavité, on peut dire que la clé de la statique physiologique du tube digestif se trouve dans la proposition suivante :

« Le duodénum doit être comparé à un flacon portant deux tubulures à son extrémité supérieure; la tubulure gastroduodénale, réglée par le colon transverse; la tubulure duodénojéjunale réglée par l'intestin grêle. »

Enfin, on peut démontrer ceci :

« Il n'y a pas de ligament suspenseur proprement dit du coude droit du colon. C'est le point le plus mal soutenu, et, par conséquent, le plus menacé de tout le tube digestif. »

C'en est assez ! Il n'est pas douteux que les troubles de la statique intestinale n'exercent nécessairement, par les atrésies qui en sont la conséquence, une influence considérable sur les fonctions du tube digestif; le sort de l'estomac est lié à celui du colon transverse. La sténose de l'intestin peut être une conséquence de la ptose de cet organe ; la diminution de tension de l'abdomen est une conséquence de la sténose; la ptose du foie, du rein, peut résulter de la combinaison de ces trois facteurs.

Loin de contredire une pareille interprétation, l'anatomie pathologique permet de vérifier la coïncidence des anomalies suivantes, et déjà une vingtaine d'autopsies existent dans la science, établissant la relation entre ces anomalies et la maladie qui a emporté le sujet : transverse du calibre du doigt et placé au-dessous de l'ombilic, côlon descendant sténosé, cœcum étroit, coude droit du côlon tombé dans la fosse iliaque ; estomac avec sa grande courbure, dont le point le plus déclive est situé à 4 ou 5 centimètres du pylore, au-dessous de l'ombilic, avec sa petite courbure également abaissée ; paquet de l'iléon prolabé dans le petit bassin et tirant sur le ligament de la mésentérique supérieure, qui écrase contre la colonne l'orifice duodénojéjunal; duodénum très abaissé, parfois dilaté, cholédoque étiré, rétréci; vésicule biliaire ptosée, lobe droit du foie allongé, anémié, foie tiré en bas par l'angle duodénojéjunal ; hiatus de Winslow allongé; rein droit abaissé et détaché de la capsule surrénale, etc., etc.

On trouve assez souvent des cas dans lesquels le prolapsus de l'estomac est réalisé par une bride épiphoïque qui s'insère entre sa grande courbure et le

Digitized by Google

pubis, d'autres dans lesquels des adhérences vicieuses unissent le foie et le vésicule à la première anse transverse ; de tels cas sont rarement diagnostiqués pendant la vie ; il en est qui, diagnostiqués après laparotomie exploratrice, ont été opérés par libération des adhérences et ont guéri. Or, le syndrome était d'une telle analogie avec celui des malades chez lesquels on trouve des ptoses viscérales, qu'il peut être proposé de classer les deux syndromes dans le même groupe nosologique.

IV

Sommes-nous en droit, en réunissant en un faisceau toutes ces notions concordantes de l'anatomie pathologique, de l'anatomie normale, du caractère objectif du ptose, du caractère subjectif de défaut de soutien, de l'efficacité d'une sangle ; sommes-nous en droit de dire que, dans cette névropathie si complexe, si rebelle à toute médication que nous avons trouvée chez notre malade, le syndrome névropathique soit causé par la ptose des viscères, et que cette ptose viscérale ait eu pour point de départ la ptose de l'intestin, avec ses conséquences immédiates, l'entérosténose (qui est le fait d'une « décalibration » et non d'un spasme) et la diminution de tension ; en un mot, pouvons nous donner à cette maladie le nom d'Entéroptose ?

Voyons, pour cela, comment se sont succédé chez la malade les symptômes subjectifs, les signes objectifs et les indications thérapeutiques :

Ordre de succession des symptômes subjectifs : douleur brusque du flanc droit ou de la région lombaire droite, — faiblesse générale, « faiblesse d'estomac, » — constipation, — délabrement, barrement, tiraillement, vide, creux « entre l'estomac et le ventre » ; troubles gastriques : gonflement, éructations, puis aigreurs, puis douleurs se traduisant parfois par des crampes, des vomissements, des indigestions au milieu de la nuit, des crises, limitées à l'épigastre ou irradiant à l'hypochondre droit ; — recherche d'un régime, diminution des ingesta ; — ubiquité des symptômes, nervosisme ; — amaigrissement graduel de 10 à 15 kilogs ; — teint pâle, jaunâtre, aspect cachectique.

Ordre de succession des signes objectifs : douleur à la pression du flanc droit, — diminution de tension de l'abdomen, — douleur à la pression de l'épigastre, — rein mobile de l'hypochondre, du 1er, puis du 2e, du 3e degré, — clapotage gastrique, — boudin cœcal, cordon sigmoïdal, corde colique, — rein mobile de l'hypochondre du 3e degré, rein mobile du flanc ; — à gauche, rein mobile du 1er au 3e degré ; — prolapsus du foie ; — gargouillement gastrique par glissement, battement aortique, — souvent métroptose ; — parfois splénoptose.

Ordre de succession des indications : épreuve et contre-épreuve de la sangle, positives, — laxatifs salins, — bicarbonate de soude, — suppression efficace des acides, du vin, des crudités, puis des farineux, puis des graisses, du lait pur, puis des légumes verts, — hydrothérapie froide — cure alcaline chaude.

Il est ici bien net que les symptômes névropathiques ont été précédés par les symptômes digestifs ; que les symptômes gastriques ont été précédés par les symptômes intestinaux, et les symptômes intestinaux eux-mêmes par des signes de déséquilibration intestinale avec localisation initiale dans le cœcum.

Nous voyons que la même maladie peut se présenter sous trois aspects différents, suivant la phase à laquelle nous l'examinons, et qu'elle se déroule en trois phases successives dont la variété d'aspect nous avait fait jusqu'ici fait croire à trois maladies différentes : première phase, astpénomésogastrique, phase de la dislocation intestinale ; deuxième phase, gastrique ou hépatique, phase de la gastroptose et de l'atonie gastrique ; troisième phase, névropathique, phase de l'entéro-sténose et de la diminution de tension abdominale (intervention du foie dans la pathogénie).

La clinique nous apprend que les agents efficaces contre la maladie dès son début et jusqu'à la fin, sont : la sangle qui combat la déséquilibration abdominale, et les laxatifs dont l'indication répond évidemment au rôle de l'intestin dans la pathogénie ; elle nous apprend que le signe objectif qui se montre dès le début et jusqu'à la fin est celui qui est tiré de la sensibilité et de la tension du cœcum ; elle nous enseigne enfin que les symptômes subjectifs présents à toutes les phases de la maladie sont la faiblesse, la constipation, l'insomnie et la dyspepsie gastrique.

La clinique démontre encore que, si l'on intervient dès le début de la maladie avec les agents efficaces, sangle et laxatifs, il est permis de l'enrayer, qu'on peut même, en intervenant plus tôt encore, c'est-à-dire lorsque l'on décèle une cause capable chez un sujet de provoquer la maladie, en prévenir l'éclosion, et cela toujours avec les mêmes agents thérapeutiques, sangle et laxatifs.

Nous assistons à une évolution parallèle des symptômes, signes et indications, se déroulant suivant l'ordre où les organes, les fonctions sont entraînés dans le tourbillon morbide ; cet ordre est précisément celui que l'anatomie leur assigne dans leur participation au processus de ptose ; le colon ascendant fixe le rein, le colon transverse soutient l'estomac, le tube gastro-intestinal soutient le foie. En même temps que l'hépatoptose, que nous voyons survenir la dernière, surgissent, et les symptômes hépatiques proprement dits, et les indications de la thérapeutique visant le trouble fonctionnel du foie.

Enfin, la clinique nous apprend, en ce qui con-

Digitized by Google

cerne le rein mobile, dont le rôle dans la symptomologie telle que nous la fixons reste si effacé, que : 1° le même syndrôme existe et le même traitement se montre efficace chez des malades dont le rein n'est pas mobile ; 2° le symptôme si caractéristique de tumeur, boule migratrice dans le côté droit, n'est pas, lorsque le rein est mobile, causé par sa mobilité, mais ce symptôme est d'origine intestinale, il est dû à une occlusion gazeuse dans le cœcum ou le côlon ascendant. La néphroptose n'est donc qu'une épisode accessoire. En fait, le rein est sain dans la nephroptose, tandis que, dans l'hépatoptose, le foie est malade.

Il ne nous manque plus, pour justifier la pathogénie de cette maladie, telle que nous avons été amenés à la formuler, par une dislocation primitive du coude droit du côlon, qu'à trouver la cause de cette dislocation.

Or, cette douleur brusque que la malade nous a signalée dans le côté droit et à laquelle, pas plus que la malade elle-même, nous n'attachions aucune importance; cette douleur, elle l'a éprouvée à la suite d'un violent effort, ou bien au cours d'un accouchement, associée avec les autres douleurs de l'expulsion; elle ne nous en parlait pas, parce que cette douleur n'a pas reparu, et qu'elle était oubliée depuis longtemps lorsqu'est survenue la maladie, parce qu'elle ne soupçonne aucune relation possible entre cette maladie et cette douleur, Elle ne sait pas que la sensation de faiblesse est symptomatique de ce même trouble qui s'est manifesté au début par la douleur, elle ne sait pas qu'il est des femmes chez lesquelles la maladie succède de suite à cette douleur de côté causée par l'effort; elle ne sait pas qu'il est des cas, j'en ai cité un, dans lesquels, au moment où la malade, pendant le travail d'accouchement, se plaint d'une douleur brusque dans le côté droit, le médecin constate qu'il vient de se former, dans la fosse iliaque droite, une ampoule cæcale plus ou moins volumineuse, tendue et sensible à la pression.

Non-seulement nous trouvons donc une cause première à la ptose intestinale et à son début par le coude droit du côlon, mais nous trouvons encore des causes prédisposantes à cette localisation spéciale du début. C'est d'abord l'absence de ligament propre assurant la fixation du coude droit du côlon, c'est ensuite sa position sous le foie, dont l'abaissement pendant l'effort abaisse les organes situés au-dessous de lui; le rein comme le côlon ; c'est surtout le sexe féminin : celui-ci implique non-seulement l'éventualité de dislocations pendant le travail de l'accouchement, mais la prédisposition par l'usage du corset ou des lacets qui soutiennent les jupes. Ce n'est ni le foie, ni le rein, comme on le dit, qui sont refoulés en bas par le corset, il les refoule plutôt en haut puisque la constriction s'exerce au-dessous d'eux; l'organe qui est véritablement refoulé en bas, c'est l'intestin, c'est en particulier le cœcum et la constipation si fréquente chez les femmes n'a-peut-être pas d'autre cause.

De ces diverses considérations, nous pouvons conclure que la maladie de notre nevropathe peut être désignée sous le nom d'*Entéroptose puerpérale*, à sa troisième période.

La chronicité de la maladie nous est ainsi expliquée par la réalisation du cercle vicieux suivant que je résume brièvement :

Prolapsus du coude droit du côlon ; prolapsus du côlon transverse, qui n'est plus suspendu que par son coude gauche (lig. pleuro-colique de Cruveilhier) et par sa partie moyenne (épiploon pyloricolique), et dont le poids est augmenté par la stagnation fécale ; gastroptose, atrésie gastroduodénale; atonie gastrique ; colosténose transverse ; aggravation de la gastroptose ; aggravation de l'atrésie gastroduodénale; iléoptose ; atrésie duodénojéjunale; duodénoptose ; aggravation de l'atrésie gastroduodénale; atrésie du cholédoque d'abord momentanée (teinte subictérique trois heures après le repas). puis persistante, d'où gêne à l'afflux de la bile, d'où enfin retentissement sur la glande secrétante et oligocholie (teinte pâle et terreuse, finement subictérique, selles grisâtres de l'entéroptosique à la troisième période); retentissement sur la nutrition générale.

Le cercle vicieux existe en vérité entre laptose intestinale et l'atonie gastrique (par gastroptose) qui sont aux deux pôles opposés de la pathogénie et s'entretiennent, s'aggravent réciproquement.

V

Je n'aurais plus maintenant qu'à vous formuler le traitement de cette maladie et à constater avec vous, par cette pierre de touche, que, en répondant aux indications déduites de notre pathogénie, nons rendons réellement service à notre malade; mais je me ferais un scrupule de laisser croire que la question de l'entéroptose soit aussi simple, aussi nettement limitée, que ce soit une maladie en quelque sorte purement mécanique, que la cause première soit toujours la dislocation du coude droit du côlon.

Voici en effet ce que nous apprend la clinique, je me contente de poser ici les conclusions, telles qu'elles résultent des faits d'observation, et sans vouloir ici les discuter.

Ce syndrôme Entéroptose (symptômes subjectifs, signes objectifs, épreuve thérapeutique) se rencontre chez des malades, en l'absence de tout traumatisme, de tout effort, de toute cause mécanique prédisposante appréciable, c'est le cas de l'Entéroptose chez l'homme.

Chez ces malades, et à en juger par la succession des symptômes subjectifs, l'affection débute, non par l'intestin, mais par l'estomac, non par la faiblesse,

Digitized by Google

mais par la dyspepsie gastrointestinale, non par la période mésogastrique, mais par la période gastrique : en revanche, chez eux, le nervosisme est toujours, comme chez les autres, l'attribut de la dernière période.

Le signe objectif le premier perceptible est, non un signe cæcal, mais un signe hépatique (hyperesthésie à la pression, soit du lobe gauche, soit du lobe moyen, à leur siège normal), puis paraissent le clapotage gastrique, la constipation, la tension du cæcum, la stenose du côlon, la ptose de l'estomac, la ptose du foie, de l'intestin, la sténose a précédé la ptose.

Les indications se présentent dans l'ordre suivant : en première ligne, les laxatifs et non la sangle, puis le bicarbonate de soude, ensuite le régime ; après eux, la sangle, et enfin les cures alcalines chaude.

Le cercle vicieux commence dans cette variété d'entéroptose, non par la ptose de l'intestin, mais par l'atonie gastrique d'origine hépatique.

Il y a donc lieu de décrire un *Entéroptose secondaire* à côté de l'entéroptose traumatique, que nous appellerons *Entéroptose primitive*.

Rien n'est aussi intéressant, parce que rien n'est aussi complexe, que l'étude de l'entéroptose secondaire. Bien que distinguée de l'entéroptose primitive, dès la première description de l'entéroptose, ce n'est que quatre ans plus tard, en 1889, que put être exposée sa nature véritable, sa place dans la nosologie.

Je me garderai d'aborder aujourd'hui ce sujet, car la conclusion est la suivante

L'Entéroptose secondaire est une « maladie de la nutrition » et, par conséquent, la phase d'évolution d'un processus morbide hépatique, ayant pour origine l'une des causes connues des maladies du foie, avec ou sans prédisposition héréditaire ou acquise ; le processus hépatique, enrayé à temps, daévié vers l'hépatoptose au lieu d'aboutir à l'hépatocirrhose.

Pour vous amener à cette conclusion, il faudrait vous faire franchir la série interminable d'étapes par lesquelles a dû passer l'auteur, pour arriver à son but et dégager la « nature » de l'entéroptose secondaire.

Il faudrait vous faire pénétrer dans un domaine nouveau, le domaine de l'*hépatisme*, dont l'hépatoptose a été la clé, comme tout à l'heure, nous l'avons vu, avait été la clé du domaine de l'entéroptose cette « petite masse préaortique » d'apparence ganglionnaire, constituée par la corde colique au moment où elle croise l'aorte.

Il faudrait vous montrer comment, par l'analyse de milliers et de milliers de cas de névropathies, de dyspepsies, de maladies de la nutrition, de maladies de foie, c'est-à-dire de ces quatre groupes morbides dont je vous disais plus haut que le concours était nécessaire à l'édification d'une synthèse, comment on voit se dégager de la clinique les trois propositions suivantes que j'ai formulées il a dix ans :

La *première*, si éloignée de la doctrine classique alors régnante :

Les névropathies mal déterminées, les dyspepsies mal déterminées, les maladies de la nutrition, les maladies chroniques du foie appartiennent à une même famille. Le principe morbide commun qui constitue leur lien de parenté se trouve dans le foie, C'est ce principe morbide commun hépatique qui cause ces maladies et joue à leur égard le rôle diathésique cherché (diathèse hépatique, hépatisme).

Et la *seconde*, si imprévue, et pourtant si plausible, si simple :

Les maladies symptomatiques de l'hépatisme, dyspepsies, névropathies, maladies de la nutrition, maladies chroniques du foie, qui peuvent se rencontrer dans le cours de la vie d'un même sujet, se succèdent chez lui, non au hasard, mais suivant un ordre déterminé. L'ordre de succession de ces maladies correspond à l'ordre de succession, trahi par l'évolution des signes objectifs, des phases du processus morbide hépatique.

Enfin, la *troisième*, si suggestive :

Le processus morbide du foie, dont les maladies de l'hépatisme trahissent les phases d'évolution, diffère de « nature » avec la différence du principe morbide déposé dans le foie, par conséquent avec la différence du mode d'invasion du foie par le principe morbide. La différence du principe morbide est en rapport avec la différence des causes premières de l'hépatisme (toxique, infectieux, émotif, etc.) ; chaque cause première d'hépatisme a son empreinte caractéristique qui se retrouve dans toutes les maladies dont cet hépatisme est le point de départ, la cause seconde.

Par une heureuse fortune, durant ces huit dernières années, ont été institués et se sont accumulés les travaux de clinique et de pathologie expérimentale ayant pour but d'élucider le rôle du foie dans les dyspepsies gastriques et intestinales, dans les névropathies, dans les maladies de la nutrition. Les lois que je viens de citer puisent dans ces travaux, issus la plupart de l'Ecole française, une rigoureuse confirmation. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, et j'ai récemment fait valoir cet argument, que l'on trouverait, d'après Gilbert et Lereboullet, dans toutes les phases de l'hépatisme infectieux ascendant, le signe de Hayem (réaction biliaire du sérum sanguin) attestant la cholémie par angiocholite ascendante, que l'on sait être caractéristique de cette variété d'hépatisme infectieux.

L'entéroptose secondaire, qui est une phase de l'hépatisme, obéit à ces lois, non seulement par la place qu'elle occupe dans l'ordre de succession des maladies de l'hépatisme, non seulement par l'ordre

Digitized by Google

de succession de ses propres périodes (gastrique, mésogastrique, neurasthénique), mais encore par les caractères particuliers qu'elle revêt suivant la cause première de l'hépatisme qui lui a donné naissance.

En tous cas, ce court aperçu sur l'entéroptose secondaire nous le montre, il ne suffit pas, pour conclure, dans un cas d'entéroptose, qu'il s'agit d'une Entéroptose primitive, de trouver à son origine, soit un accouchement, soit un traumatisme. Il faut encore vérifier s'il n'y avait pas de prédisposition hépatique antérieure, si l'entéroptose puerpérale est, dans ce cas, le fait d'une dislocation traumatique pendant l'accouchement (E. primitive, traumatique), ou bien le fait de la perturbation du foie causée par la grossesse (Hépatisme « gravidique », Entéroptose secondaire gravidique), ou enfin d'une fièvre puerpérale (Hépatisme infectieux, Entéroptose secondaire infectieuse).

Pareilles difficultés se retrouvent dans toutes les maladies chroniques.

Grâce à cette conclusion sur le rôle initial et prédominant du foie dans l'entéroptose secondaire, nous nous expliquons le cas suivant, en apparence si paradoxal et qui excuse sans doute que l'entéroptose soit encore considérée par beaucoup de médecins comme une névropathie essentielle : c'est le cas de ces malades chez lesquels, après un plus ou moins grand nombre d'années (sept en moyenne), de traitement rationnel de leur entéroptose, nous voyons se dissiper, malgré la persistance des signes objectifs de ptose, les symptômes qui les accompagnaient, et par conséquent les indications qui en résultaient. Le malade revêt peu à peu l'apparence d'une santé satisfaisante avec les attributs très discrets d'une autre maladie de la nutrition, en général le rhumatisme chronique, et, en dépit de ses ptoses, peut se passer d'une sangle. C'est qu'il y a *compensation*, le processus hépatique a évolué, nous ne sommes plus à la phase entéroptosique de la diathèse. Il se trouve précisément que la diététique à laquelle nous avons habitué notre malade est celle qui convient à cette diathèse hépatique et en réduit à leur minimum les manifestations caractéristiques.

Formulaire du Praticien

Traitement de la blennorrhagie chronique. — Cette thérapeutique fait souvent le désespoir de la médecine et il n'est pas inutile d'y revenir. Les précautions hygiéniques et diététiques ne sont pas ici de mise, car, vu la durée de l'affection, elles ne seront jamais observées par les malades que pendant un temps relativement court. Les rapports sexuels doivent être absolument interdits; mais, la plupart du temps, cette interdiction ne sera pas mise à exécution.

D'après Lesser (*Traité des affections vénériennes*, 1901), le traitement sera surtout local. On emploiera les injections avec les solutions soit d'acétate de zinc à 0,3 0/0, soit d'acétate de plomb à 0,5 0/0, soit d'un mélange d'acétate de plomb et de sulfate de zinc à 0,3 0/0, ou bien encore le sous-nitrate de bismuth en suspension à 2 0/0.

Lorsque l'urèthre postérieur est atteint, on fera des instillations au nitrate d'argent de 1 à 2 0/0.

Lesser conseille aussi l'emploi de crayons médicamenteux :

Nitrate d'argent.....	0 gr. 2 à 0 gr. 4
Lanoline pure.....	20 grammes

pour un crayon long de 3 à 4 centimètres. On se sert pour les introduire soit de l'urèthroscope, soit du « tripperpistole » de Senftleben. Cet instrument est formé d'une sonde en celluloïde, munie d'un mandrin et dont l'extrémité est coupée.

On peut faire également ces crayons soit à l'iodoforme, soit à l'oxyde de mercure.

Une autre méthode consiste en l'emploi de bougies, enduites d'une pommade médicamenteuse. Unna les formule ainsi ;

Nitrate d'argent.....	0 gr. 03
Beurre de cacao.....	3 grammes

On fait fondre cette masse en bain-marie, on y plonge les bougies et on suspend librement à l'air libre. Par le refroidissement, elles se recouvrent d'une couche consistante. On peut ensuite les introduire avec une sonde métallique. Chaque introduction détermine pendant 1 ou 2 jours un peu d'irritation et d'augmentation de l'écoulement, mais la guérison se fait ordinairement après 6 à 12 séances.

Tommasoli a préconisé l'injection d'une pommade de lanoline au nitrate d'argent :

Nitrate d'argent.....	1 gramme
Baume du Pérou.....	2 —
Beurre de cacao.....	100 —
Cire.....	2 à 5 grammes

qu'on introduit avec une seringue munie d'un cathéter, soit avec le tripperpistole. Ce traitement ne donne ordinairement lieu à aucune réaction et on peut répéter les séances tous les 2 ou 3 jours. Les avantages de cette méthode résultent du fait que la lanoline adhère étroitement à la muqueuse humide et que le contact dure plus longtemps.

Dans d'autres circonstances, on peut obtenir de bons résultats par la simple dilatation avec de grosses sondes métalliques, n° 20, 22, en les laissant en place pendant 1/4 d'heure. C'est la pression de la sonde sur la muqueuse qui fait seule, dans ce cas, l'efficacité du traitement.

Quand on pratique le cathétérisme, il ne faut pas se servir pour les injections de substances insolubles. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Des manifestations nerveuses de la scarlatine. — Dans le cortège symptomatique de la scarlatine les phénomènes nerveux tiennent une place importante. A la période aiguë de l'infection, le malade a de l'agitation, de l'insomnie, des troubles mentaux, du délire, des phénomènes de parésie et de paresthésie généralisée, etc. Mais, de même que dans toutes les grandes pyrexies, c'est principalement au déclin de la maladie que se montrent les accidents nerveux.

Ils tiennent soit à l'affinité du virus scarlatineux pour le système nerveux, soit aux infections secondaires dont M. Roger a montré le rôle important dans les poussées fébriles de la convalescence.

Bien entendu, c'est chez les individus dont l'hérédité nerveuse est lourdement chargée, et chez les alcooliques que l'on observe le plus souvent ces accidents. M. Moureyre en a fait, dans le service de M. Roger, une étude intéressante (*Thèse Paris* 1899).

Chez les convalescents, on voit souvent de l'urticaire, de l'érythème nerveux, de l'eczéma du creux poplité, des aisselles, du scrotum, de l'herpès, du *zona*.

Les accidents nerveux périphériques sont des névralgies (sciatique, névralgie faciale double, névralgie fémoro-cutanée), des névrites des membres inférieurs qui déterminent une incertitude de la marche et constituent même un véritable pseudo-tabes scarlatineux, comme dans les cas rapportés par Greenhard et Paulet.

Les troubles médullaires et cérébraux sont plus fréquents. M. Landouzy a vu une enfant atteinte d'aphasie, de parésie du bras droit.

On a observé des paralysies médullaires, d'abord généralisées, puis rétrocédant et se fixant sur un seul membre ou sur deux membres du même côté, des paraplégies spasmodiques, des sténoses laryngées d'ordre paralytique.

Le bulbe traduit son atteinte par une dyspnée intense, sans phénomènes pulmonaires, qui, depuis Trousseau, est regardée comme un signe de sinistre présage.

Les convulsions qui se montrent au début des scarlatines malignes sont souvent mortelles. Elles portent surtout sur un côté du corps. Les crises se répètent de plus en plus fréquemment jusqu'à la mort.

Les convulsions de la convalescence sont le plus souvent dues à la néphrite scarlatineuse. Marie publie l'observation d'une fillette de 11 ans, qui devint épileptique après une scarlatine et qui eut des crises d'épilepsie jusqu'à sa mort à l'âge de 60 ans.

L'hystérie peut se développer à la suite de la scarlatine, chez les enfants prédisposés ; on a observé aussi la chorée, la sclérose en plaques (Raymond).

D'une manière générale, la scarlatine ne produit pas souvent des accidents nerveux graves, des lésions définitives ; les désordres cérébraux et médullaires sont ordinairement curables.

Moureyre s'est attaché principalement à décrire les psychoses de la scarlatine déjà observées par Sennert, Trousseau, Baillarger. Ces psychoses sont analogues symptomatologiquement et pathogéniquement à celles qu'on voit dans les autres infections ; elles ne revêtent pas, dans la scarlatine de caractères spécifiques.

Dans ces dernières années, Thore, Christian, Krœpelin, Chaslin, Régis ont tracé les caractères généraux des délires infectieux, qui rentrent dans deux groupes principaux, la confusion mentale et le rêve.

Les troubles mentaux se montrent à toutes les périodes de la scarlatine.

Trousseau avait déjà montré l'existence de certaines formes de scarlatine qui débutent brusquement par des phénomènes nerveux graves et simulent la méningo-encéphalite : les sujets sont pris de délire, de diarrhée, d'une tachycardie extrême, ils tombent dans le coma et meurent parfois dès les premiers jours. D'autres fois, les symptômes nerveux se dissipent, l'éruption apparaît, et, dans la suite, la scarlatine évolue normalement.

Les troubles psychiques sont plus fréquents et plus variés à la période d'état. On peut en distinguer trois formes principales :

1° Le délire de collapsus ou confusion mentale suraiguë, qui appartient aux scarlatines malignes.

L'intelligence est très affaiblie, les malades ont des hallucinations terrifiantes et mobiles, et traduisent leurs conceptions délirantes par des propos incohérents. Quelquefois, ces troubles mentaux prennent la forme du délire maniaque, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

2° Au cours des scarlatines graves, les psychoses revêtent le plus souvent l'apparence de la confusion mentale symptomatique.

Après une ou deux nuits d'agitation et d'anxiété, la confusion mentale se constitue. L'intelligence, la perception extérieure sont très vagues. Le

Digitized by Google

facies est étonné et hébété. Le malade comprend mal les questions, y répond difficilement. L'interrogatoire le fatigue. Les objets lui paraissent sans forme. Il ne reconnaît pas ses parents. Il tient des propos incohérents, dont il ne se souvient plus ensuite. Ses paroles traduisent surtout des préoccupations professionnelles, quelquefois des idées tristes, des idées de mort, de persécution, qui s'accompagnent d'hallucinations pénibles.

Il a des impulsions irréfléchies, se lève, mais se laisse facilement ramener dans son lit, ce qui le distingue des aliénés mélancoliques. Il commet des actes contraires aux convenances, se promène nu dans une salle, fait ses besoins dans son pot à lait, etc. Quelquefois, le malade a des idées de suicide, des tics moteurs, des tics verbaux (un malade répétait du matin au soir : « Pique, pique! »)

Cette confusion mentale calme peut être traversée par quelques moments d'agitation maniaque.

Dans certains cas, les hallucinations de la vue et de l'ouïe peuvent avoir une importance plus considérable, comme dans l'alcoolisme ; le malade se révolte, se défend contre l'examen, le traitement, il crie, sort de son lit, etc.

Chez les alcooliques, la scarlatine peut provoquer le *delirium tremens*.

3° Le délire de rêve, ou délire onirique de Régis, est très fréquent dans les scarlatines normales.

Ordinairement, il apparaît le soir et disparaît le matin. Il se voit surtout chez les enfants. Les malades conservent le matin un souvenir plus ou moins net de leur rêve. Dans les cas légers, le rêve est même conscient ; dès que le malade ferme les yeux, il voit se dérouler des objets ou des idées en rapport avec ses préoccupations habituelles. Quelquefois, le rêve se produit même pendant le jour et s'accompagne d'impulsions motrices.

Les délires de la période d'état de la scarlatine sont toujours d'un mauvais pronostic, car ils accompagnent surtout les infections violentes.

Les vésanies de la convalescence révètent la forme d'un délire lypémaniaque confus avec des idées changeantes, ou d'un délire systématisé. Elles sont à redouter, car elles peuvent aboutir à la démence.

Le traitement ne doit pas être négligé. Le régime lacté diminue les causes d'intoxication qui pourraient venir s'ajouter à l'infection scarlatineuse.

Contre les troubles mentaux intenses, on donne des bains tièdes progressivement refroidis et continués jusqu'à la cessation du délire fébrile.

On doit rejeter les moyens de contention violente au cours des accès d'agitation ; toutefois, il faut veiller attentivement pour prévenir les accidents dus aux impulsions fortuites du délirant. M. Roger a obtenu un succès en injectant 50 grammes de sang défibriné pris à un scarlatineux convalescent.

Dans les folies post-scarlatineuses, on donne un régime tonique et réparateur ; on ordonne des bains, de l'exercice et on institue la psychothérapie.—E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le mercure dans les maladies du cœur. — Couramment employé au commencement du siècle dernier dans la thérapeutique cardiaque, le mercure est depuis longtemps tombé dans un discrédit injustifié d'après Beatty W. (Dublin *J. of med. sc.* octobre 1899).

Non seulement l'auteur vante son action dans les hydropisies cardiaques d'origine mitrale, mais aussi bien dans l'encombrement veineux généralisé avec œdème résultant d'une insuffisance mitrale relative secondaire à une insuffisance aortique ancienne ou d'une dilatation du cœur survenant, au cours de la néphrite interstitielle, après l'hyperthrophie du ventricule gauche.

Modes d'emploi. — Le mercure est purgatif et diurétique. L'auteur ne recherchant que son action diurétique, l'administre à petites doses fréquemment répétées : une pilule toutes les quatre heures, nuit et jour, pendant 10 à 14 jours, de 2 centigr. 1/2 de calomel associé à la digitale et à la scille.

Si ces pilules provoquent plus de deux selles quotidiennes, il donne de temps en temps avec l'une d'elles une pilule contenant à peine un centigr. de poudre d'opium.

Après 5, 6 ou 8 jours (quelquefois moins) l'amélioration est manifeste, l'urine devient abondante et peut atteindre trois litres, l'anasarque diminue de même que la stase veineuse. Il interrompt le traitement après 10, 12, 14 jours, suivant l'état des gencives et ordonne du fer (citrate de fer ammoniacal) combiné ou non à la digitale, suivant l'état du pouls.

Le traitement peut être repris de temps en temps, dès que se manifestent les symptômes qui ont nécessité son emploi. Il est rare que le calomel soit mal supporté. A la longue, son action s'épuise.

Le mode d'action du mercure sur l'épithélium rénal est probablement identique au rôle stimulant qu'on lui connaît sur les glandes salivaires. L'auteur lui attribue, outre son pouvoir diurétique, une action spéciale qui favoriserait l'activité de la résorption des œdèmes, action qui semble se confondre en réalité avec son pouvoir diurétique.

Digitized by Google

L'eau de magnésie effervescente. — Les malades atteints d'hyperchlorhydrie ou de dyspepsie acide sont très souvent constipés. Les régimes laxatifs sont mal supportés par l'estomac irritable, et les médicaments exagèrent l'acidité gastrique. Les solutions de sulfate et de chlorure de magnésium irritent l'intestin, abstraction faite de leur goût détestable. Dans ces conditions Jaworski (de Cracovie) s'est bien trouvé de l'emploi des deux solutions suivantes :

1° Carbonate de magnésie.....	5	grammes
Salicylate de magnésie	1	—
Eau saturée d'acide carbonique.	1000	—

et :

2° Carbonate de magnésie.....	10	grammes
Chlorure de sodium..... .	5	—
Eau saturée d'acide carbonique.	1000	—

La première solution faible doit être prise à la dose d'un demi-verre une demi-heure ou une heure après les repas; la solution forte est prescrite à la dose d'un à deux verres le matin à jeun, ou le soir au moment du coucher (*Therap. Monatshefte*, 1901). Cette eau neutralise l'acidité gastrique, calme la soif, et purge légèrement. — Bd.

Applications d'acide chlorhydrique dans la sciatique. — Il y a longtemps qu'on emploie les acides minéraux comme révulsifs dans la sciatique : dès 1860, Legroux préconisa l'acide sulfurique ; Saliège vanta le premier les effets de l'acide chlorhydrique, et en 1897, Gennatas soutint une thèse à Montpellier sur son application dans la sciatique. M. Radzikowski (de Lemberg) a repris l'étude de cette méthode et ses malades s'en sont bien trouvés; ils guérirent de leur sciatique en 7 à 25 jours, après trois à cinq badigeonnages. Voici son manuel opératoire ; le malade est couché sur le ventre; on marque au crayon dermographique les points douloureux apophysaires et névralgiques; on imbibe un tampon d'ouate fixé au bout d'un tube ou d'une baguette de verre avec l'acide et on badigeonne la peau du malade. Si la peau est hyperesthésique, le sujet sentira une brulure ; s'il existe de l'anesthésie, comme cela est la règle dans les sciatiques anciennes, il n'éprouvera que la sensation de l'humidité. On termine par l'application d'un pansement ouaté peu épais. Le plus souvent l'application est suivie d'une éruption de petites vésicules; rarement on voit survenir de la nécrose superficielle de la peau, surtout chez des sujets à circulation imparfaite; cette nécrose guérit du reste très facilement (*Therap. Monatshefte*, 1900). Après ce traitement, la douleur disparaît rapidement et le membre reprend ses fonctions avec une rapidité tout à fait surprenante. — Bd.

Applications de l'héroïne dans les troubles de la circulation. — MM. Pawinski (de Varsovie) et Adelt (*Gazeta Lekarska*, 51, 1900) nous parlent de l'emploi de cette substance et des résultats obtenus. Ils ont commencé par une dose de 0 gr. 005, 2 ou 3 fois par jour, cependant, quelquefois ils ont été obligés d'injecter 0 gr. 006, 0 gr. 008, même 0 gr. 01.

Voici les résultats de leurs observations ;

L'héroïne produit d'abord un effet sédatif général. Les symptômes d'inquiétude et d'énervement s'amendent sensiblement.

L'influence de l'héroïne sur la pression sanguine est peu sensible, et, sous ce rapport, cette substance se rapproche de la morphine. En tous cas, elle ne produit pas une augmentation de la pression et par conséquent, peut être administrée sans danger dans tous les cas où il y a hypertension.

L'héroïne n'a pas d'influence spéciale sur le nerf vague, mais agit favorablement sur l'innervation du cœur par l'intermédiaire du système nerveux central, ainsi s'explique la diminution de la fréquence du pouls qu'elle produit chez les neurasthéniques et les hystériques.

L'héroïne n'a pas d'action directe sur les reins, cependant, dans les cas d'oppression ou d'insomnie, où elle a une action favorable, on observe l'augmentation de la diurèse.

On constate le plus souvent une diminution de la fréquence des mouvements respiratoires qui, ordinairement, deviennent en même temps plus profonds.

L'héroïne ne provoque ni inappétence, ni troubles de la digestion, ni vomissements, ni constipation.

Dans un cas seulement, on a été obligé de suspendre l'application après l'injection de 0 gr. 005 à la suite d'étourdissements, bourdonnements d'oreilles et céphalée, les symptômes disparurent complètement au bout de une ou deux heures.

Sur 50 observations, les résultats ont été bons dans les cas de lésions valvulaires d'origine rhumatismale ou artério-scléreuse, bons dans l'artério-sclérose en général : asthme cardiaque, néphrite interstitielle, etc.

Dans les affections du muscle cardiaque, l'héroïne diminue l'oppression, mais ne produit pas d'effet sensible sur le rythme cardiaque. Dans les névroses du cœur, au contraire, on constate un effet sédatif notable.

Dans l'angine de poitrine vraie l'influence est faible.

Une action favorable a été constatée dans plusieurs cas de maladie de Basedow.

Dans les affections des voies respiratoires, l'héroïne produit une diminution de la toux, du point de côté

Digitized by Google

et de l'oppression. On ne constate pas d'action sur les sueurs nocturnes des tuberculeux.

Employée dans différents cas d'empoisonnement chez des sujets nerveux, l'héroïne a eu une action favorable sur les vomissements, les douleurs, l'intolérance alimentaire, mais aucun effet sur l'intoxication proprement dite. — J. T.

De l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement des pyodermites. — L'eau oxygénée qui a donné d'excellents résultats en chirurgie, a été expérimentée par M. Marfan dans les pyodermites. Son élève Cochart rapporte dans sa thèse (*Paris* 1900), 15 observations d'enfants atteints de lésions impétigineuses, d'abcès cutanés, qui ont été traités avec succes par des lotions à l'eau oxygénée, dont le grand avantage serait d'être un antiseptique puissant sans être toxique. Ce serait, d'après l'auteur, l'antiseptique de choix pour désinfecter la peau des enfants et prévenir les dermatoses microbiennes.

On peut se servir d'eau oxygénée pure à 10 ou 12 volumes en lotions et non en pansements à demeure.

CLINIQUE MÉDICALE

Complication rare de la fièvre typhoïde : deux cas de cystite hémorrhagique due au bacille d'Eberth. — La cystite est une complication très rare de la fièvre typhoïde. Sur plus de 1.200 cas de cette dernière affection, j'ai observé deux cas de cystite hémorrhagique. Tous les deux sont survenus dans des conditions semblables, au décours de la dothiénentérie, chez des sujets n'ayant aucun antécédent génito-urinaire. L'examen bactériologique a pu en être fait.

Le premier de ces cas concerne un homme de vingt et un ans, entré dans mon service du Val-de-Grâce pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité, avec température oscillant entre 38°5 et 40 degrés, catarrhe intestinal, taches rosées, etc. Séro-réaction positive. L'urine renferma, pendant quelques jours une faible quantité d'albumine (0 gr. 25 à 0 gr. 50). Au déclin de la maladie, alors que la courbe thermique était descendue à peu près à la normale (37°3 le soir), et que l'albumine avait disparu, on vit survenir, sans cause apparente, de la pesanteur du bas-ventre, des envies incessantes et très douloureuses d'uriner, du ténesme vésical. Pas de fièvre. L'urine émise était acide, un peu trouble, de couleur hémorrhagique, et les dernières gouttes renfermaient un dépôt blanchâtre mélangé de sang. Pas de douleur lombaire, pas de signe de néphrite, pas d'œdèmes. Sous l'influence du traitement, la cystite guérit au bout de cinq jours.

Le second cas fut observé également à la fin d'une dothiénentérie bénigne, avec légère albuminurie du neuvième au quinzième jour. La fièvre cessa au commencement du troisième septénaire. C'est à ce moment que le malade accusa brusquement de violentes épreintes vésicales avec besoin fréquent d'uriner, des mictions très pénibles donnant issue à une urine hémorrhagique, trouble; le dépôt urinaire était semi-purulent et renfermait quelques petits caillots. Aucun symptôme rénal. Les lavages de la vessie amendèrent rapidement la cystite. Dès le surlendemain, l'urine était plus claire et ne présentait de sang que dans ces dernières portions. Cette complication disparut au cinquième jour, sans laisser de suites, à la suite des lavages de la vessie.

L'examen microscopique de l'urine centrifugée et du dépôt a fourni, dans les deux cas, le résultat suivant : nombreux globules sanguins, cellules de l'épithélium vésical, leucocytes libres ou en amas volumineux composés surtout de polynucléaires, de quelques grands mononucléaires dont quelques-uns avaient englobé des hématies. Pas de cylindres.

En outre, on constatait la présence, entre les cellules, de bâtonnets ne prenant pas le Gram et affectant parfois l'aspect dit en navette.

Par la culture du dépôt, j'ai obtenu dans les deux cas le bacille typhique en proportion très abondante. Dans le premier cas, il existait, en outre, dans les cultures, quelques rares colonies du staphylocoque blanc venues peut-être de l'urètre. Le bacille ainsi isolé dans les deux cas a rigoureusement présenté tous les caractères du bacille d'Eberth et était agglutiné par le sérum de typhoïdique.

On sait que le bacille typhique peut être parfois présent dans l'urine des malades atteints de dothiénentérie (Neumann, Youdalewitch, Writght, etc.). Pour ma part, je l'ai trouvé neuf fois chez quarante six malades chez lesquels j'ai ensemencé l'urine. D'autre part, l'urine n'est pas un milieu défavorable à la multiplication du bacille d'Eberth. La prolifération de ce microbe dans la vessie et la lésion qu'il peut déterminer à la surface de l'épithélium peuvent donc s'expliquer aisément. Dans les deux cas que j'ai étudiés, cette complication s'est montrée assez bénigne.

Il est remarquable que le bacille d'Eberth se soit développé à la fin de la maladie, au moment où son élimination par la voie urinaire est devenue exceptionnelle. Ce faisant, il obéit cependant à la régle habituelle des complications purement éberthiques de la fièvre typhoïde, qui surviennent surtout pendant la convalescence, alors que le processus aigu est éteint. — Vincent (*Soc. biologie*).

Digitized by Google

Cystite typhique. — On trouve des bacilles d'Eberth (15 à 20 0/0) dans l'urine des typhiques et c'est au passage du bacille à travers les reins que beaucoup d'auteurs attribuent l'albumine de la fièvre typhoïde.

Pour quelle raison ces bacilles restent inoffensifs dans la très grande majorité des cas et dans d'autres peu nombreux déterminent une cystite purulente, on ne saurait le dire.

L'auteur en cite 3 cas chez des hommes de 21, 39 et 57 ans, dont l'urine donnait des cultures pures de bacilles d'Eberth. Dans les trois cas, la cystite survient tardivement, au cours de la défervescence chez les deux premiers, au cours de la 7e semaine chez le troisième ; elle dura de 26 jours à 4 mois et demi.

L'albumine n'avait pas été plus abondante qu'à l'ordinaire et les cylindres avaient fait défaut. La cystite ne détermina aucune élévation de la température et fait remarquable, particulier à la cystite typhique, l'urine même purulente conserva sa réaction acide.

L'uva-ursi, le salol et surtout les lavages de la vessie avec une solution de nitrate d'argent constituent le traitement de la cystite typhique (Curschmann, *Médical Review*, déc. 1900). — E. B.

OBSTÉTRIQUE

Dystocie due à la contracture du muscle releveur de l'anus. — On sait qu'il existe en dehors de la grossesse une contracture physiologique ou pathologique du muscle releveur de l'anus, présentant un obstacle au coït ou à l'introduction du doigt.

Cette contracture peut, au moment de l'accouchement, devenir une cause de dystocie comme le font remarquer M. Budin et son élève Davet (Th. de Paris, 1900).

M. Budin a signalé, au moment de la contraction, la formation d'un véritable anneau péri-vaginal; dans d'autres cas, cet anneau ne se forme pas, mais la paroi postérieure du vagin forme une large sangle qui est soulevée et rapprochée de la paroi antérieure.

D'après Savage, la formation d'un anneau serait due au plus grand développement du muscle pubio-coccygien, et, en particulier, des faisceaux qui se croisent entre le rectum et le vagin. Révillout pensait que la contracture est due aux faisceaux moyens du releveur de l'anus qui sont de puissants constricteurs du vagin.

L'auteur rapporte des observations montrant bien que la contraction du releveur de l'anus peut mettre obstacle à l'accouchement, et il conseille dans ces cas d'intervenir dès qu'il y a souffrance de l'enfant; la femme est endormie et on fait une application de forceps.

Influence de la parturition sur l'évolution des maladies de l'oreille. — Les troubles de l'ouïe observés après l'accouchement ont été signalés pour la première fois par Hastius en 1860 ; depuis, de nombreux auteurs sont revenus sur cette question dont M. Bayce a fait récemment l'objet d'un travail intéressant (*Th. Paris* 1900).

Il montre que dans tous les cas la puerpéralité n'a pas déterminé de lésions, mais qu'il y avait toujours du côté de l'oreille quelques manifestations qui se sont aggravées lors de la grossesse et de l'accouchement.

Il admet comme cause efficiente la plus manifeste l'évolution de plusieurs grossesses dans un court espace de temps. Il cite un cas de Castex qui vit une surdité se développer à la suite d'une grossesse gémellaire. Le plus souvent, les troubles apparus lors d'une première grossesse, s'aggravent après les autres grossesses.

L'otite aiguë est très rare, Buroner en a cité un cas, et Bonnet rapporte une observation d'otite aiguë purulente dans le cours d'une infection puerpérale ; le plus souvent, il s'agit de sclérose isolée ou associée au catarrhe.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les sanatoriums de fortune pour tuberculeux pauvres. — M. Brunon (de Rouen). Pour empêcher l'éclosion de la tuberculose, il faut s'adresser à ses causes qui sont : l'alcoolisme, le confinement dans les maisons urbaines, la sédentarité dans les ateliers et les collèges, la vie dans les villes, l'ignorance des lois de l'hygiène.

Pour parer au plus pressé, pour enrayer la marche de la maladie, pour sauver les malades susceptibles de guérison, il faut les transporter hors des villes et les soumettre à une aération continue.

Le sanatorium construit à grands frais n'est pas indispensable pour appliquer ce traitement. En effet, nombre de malades de fortune modeste se guérissent en faisant la cure purement et simplement à la campagne. Les indigents des hôpitaux peuvent donc bénéficier de la même méthode.

Un abri au grand, donné aux malades, constitue par cela même un sanatorium de fortune.

En conséquence, M. Brunon propose d'installer les tuberculeux curables des hôpitaux, soit dans des bâtiments déjà existants achetés ou loués par l'Assistance publique

Digitized by Google

en dehors de la ville, soit dans les petits hospices cantonaux tranformés en sanatoriums de fortune.

Donc, pour les tuberculeux indigents, ne pas construire de sanatoriums, mais en créer partout.

Prophylaxie de la tuberculose — M. Lancereaux. Pour devenir tuberculeux, une prédisposition générale est absolument nécessaire, et souvent aussi prédisposition locale ; car, s'il en était autrement, chacun de nous aurait toutes les chances de devenir phtisique, étant donné que le bacille tuberculeux existe partout, et qu'il n'est personne qui ne l'ait eu, à un moment donné, dans ses voies respiratoires.

Envisagée au point de vue des circonstances hygiéniques qui peuvent préparer le terrain, la tuberculose, d'après la statistique de M. Lancereaux, atteint pour la moitié des cas des buveurs de longue date. Puis viennent des personnes exerçant, pour la plupart, des professions sédentaires, logeant dans des appartements trop étroits, ou travaillant dans des ateliers encombrés ; en un mot, manquant d'air et parfois d'exercice musculaire, toutes conditions favorables à la dénutrition de l'organisme humain. Sur un rang de beaucoup inférieur, se rencontrent des malheureux vivant de privations, des femmes grosses, soumises à de mauvaises conditions d'hygiène En dernier lieu, viennent l'hérédité et la contagion, représentées, sur 2.192 cas de toute nature, la première par le chiffre 93, la seconde par le chiffre 46.

Deux grandes causes favorisent l'éclosion de la tuberculose : les excès de boissons alcooliques, l'encombrement ou l'insuffisance d'aération et le sédentarisme dans des locaux malsains. C'est en s'efforçant de prévenir par tous les moyens possibles les excès de l'alcoolisme, en répandant l'air partout, en fournissant à la classe pauvre des locaux sains et une bonne alimentation que l'on combattra le mieux le fléau de la tuberculose. — (2 *avril*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'extraction des corps étrangers trachéo-bronchiques par la voie médiastine postérieure. — M. Quenu. L'observation de M. Ricard, rapportée dans la dernière séance, a montré qu'il était extrêmement difficile, sinon impossible, de pénétrer jusqu'à la trachée par la voie médiastine antérieure. Des recherches anatomiques, poursuivies sur le cadavre, ont montré à M Quenu, qu'il était plus aisé d'arriver sur la bifurcation trachéo-bronchique par la voie médiastinique postérieure. Voici le manuel opératoire qui lui a paru le plus recommandable.

Prenons comme exemple une opération sur la bronche droite, renfermant une canule trachéale. Le sujet est couché sur le côté, le membre supérieur gauche pendant. Une incision de 14 centimètres, partant de la 3e côte et allant jusqu'à la 8e, et menée contre le bord spinal de l'omoplate,

Deux incisions perpendiculaires à la précédente à ses extrémités donnent lieu à un volet dont le pivot correspond au milieu de la colonne vertébrale. Les 3e, 4e et 6e côtes sont réséquées. Nous avons ainsi un jour de 9 centimètres de long sur 7 de large. La plèvre médiastine est décollée, rejetée en dehors. Dans le haut de la plaie on voit la crosse de l'azygos. L'œsophage est reconnu et rejeté contre la colonne vertébrale. L'index gauche, enfoncé à 8 cent. 1/2 à ras des côtes, sent la ligne des tubercules formée par l'extrémité postérieure des cartilages trachéo-bronchiques. Une pince-erigne est conduite sur le bord gauche de la bronche droite, la tire en dedans et recouvre sa face postérieure. L'index, enfoncé le long de l'érigne, sent de nouveau la ligne des cartilages, et le relief formé par la convexité de la canule. La partie membraneuse étant excisée, il est dès lors facile de tirer la canule avec une pince à polypes.

De l'hystérectomie abdominale dans la septicémie puerpérale. — M. Picqué. Parmi les variétés de l'infection puerpérale, il en est une, la variété hypertoxique, qui est due à une infection primitive et massive et qui tue avant que des lésions locales aient eu le temps de se produire.

Elle est l'analogue de la grande septicémie chirurgicale qu'on observait autrefois si souvent en chirurgie, et qui a disparu de nos jours, d'une façon complète.

Celle-ci n'est pas justiciable de nos moyens chirurgicaux : que pourrait faire l'intervention devant cet empoisonnement général du sang? Et malgré l'affirmation de notre collègue Ricard, je prétends que l'intérêt véritable de notre discussion ne porte pas sur cette forme.

Mais à côté de cette forme qui ne saurait nous intéresser au point de vue chirurgical, il en existe d'autres d'intensité moyenne, qui constituent les variétés lentes ou tardives de l'infection et sur lesquelles nous pouvons et nous devons agir.

Elles ont, d'ailleurs, une pathogénie différente de la précédente et procèdent le plus souvent d'une rétention placentaire ou d'une infection de moindre intensité.

Ces infections s'accompagnent parfois d'annexites, qui créent des indications sur lesquelles tout le monde est évidemment d'accord.

Parfois aussi, il existe dans l'utérus un fibrome sphacélé qui a été le point de départ des accidents infectieux, ou bien encore il peut s'être produit une rupture utérine.

Mais ici, comme pour les annexites, l'accord est encore facile, et je ne veux envisager que les cas de lésions de la paroi utérine relevant exclusivement de l'infection puerpérale et qui se produisent dans un utérus normalement sain.

Pour nous, toute la question de l'infection puerpérale se résume dans ces cas, et le problème consiste à chercher les signes cliniques qui nous permettront de reconnaître la présence de collections de ce genre dans la paroi utérine et fourniront, en conséquence, une indication de l'hystérectomie.

Digitized by Google

Ce sont d'ailleurs ces cas qui ont fourni à Tuffier une statistique de 45 opérations, avec 28 guérisons et 17 morts, et, quand on songe qu'il s'agit là d'une lésion fatalement mortelle, de l'aveu de tous les accoucheurs, on est bien en droit d'admettre que l'intervention peut être utile, et d'en rechercher, par les signes cliniques, les indications

Or, que voyons nous dans nos services, où les cas obstétricaux s'observent si fréquemment?

Une femme présente de la température peu de temps après sa délivrance. Un curettage est pratiqué, qui amène des débris de caduque ou de placenta, mais la température reste élevée et ne cède pas aux lavages.

On est en droit de supposer que le curettage a été insuffisant, mais un deuxième nettoyage n'abaisse pas davantage la température et, cependant, il n'existe ni annexite, ni complication pulmonaire.

De plus, l'exploration digitale de la cavité utérine, toujours facile à quelque époque que ce soit dans ces cas, indique que la paroi utérine est lisse et ne contient plus de débris.

La température, dès lors, ne peut tenir qu'à deux causes: ou à une septicémie générale ou à un abcès pariétal.

Or, la septicémie générale, de moyenne intensité quand elle n'est liée à aucune suppuration locale, cède généralement, soit à la médication interne, soit à l'usage des bains froids. Si elle ne cède pas, nous avons le droit de penser, de par les notions anatomo-pathologiques, qu'il existe un foyer de suppuration et que ce foyer est dans la paroi.

Ce n'est donc ni le degré de la température, ni la forme du pouls, ni les renseignements parfois incertains que donne l'examen du sang, mais bien la persistance de la température, qui, selon nous, constitue le meilleur signe de présomption en faveur de la lésion et du traitement qui lui convient.

Mais il est un autre signe dont la valeur a été ici contestée, et qui me paraît fournir un deuxième signe important en faveur de l'infection de la paroi et de l'intervention chirurgicale, c'est le défaut de régression de l'utérus et la perméabilité persistante de l'orifice interne.

Quand l'utérus ne contient rien, l'orifice interne de l'utérus est fermé et imperméable au doigt, de la trente-sixième heure au quatrième jour. Il n en est plus de même lorsqu'il contient des débris placentaires infectés ou non, et c'est, pour ma part, ce que j'ai toujours vu à l'hôpital dans les cas d'infection, qu'il s'agisse d'accouchement à terme ou d'avortement.

Quand il y a eu rétention placentaire, la régression s'obtient, en général, de suite après l'écouvillonnage, lorsque celui-ci a donné le résultat attendu.

Quant au fond de l'utérus, il est classique d'admettre qu'il descend progressivement, du douzième au quinzième jour, au ras de la symphyse pubienne, sauf les cas de fibrome, de malformation utérine ou les cas d'anomalie ovulaire (gros œuf, fœtus double, hydramnios).

Il résulte de ce que je viens de dire que la persistance de la perméabilité de l'orifice interne, quand on a constaté la vacuité absolue de l'utérus, constitue encore un signe d'infection pariétale.

Il est une autre forme bien curieuse de l'infection puerpérale et peu connue en France: c'est la gangrène de l'utérus. Elle a été découverte par Slavjansky, mais surtout décrite par Bechmann, qui l'a observée à l'hôpital d'Obuchow à Saint-Pétersbourg.

Cette gangrène, dont il rapporte 40 observations et 15 cas personnels, peut être partielle ou totale et s'accompagne, en général, d'infiltration purulente de la paroi et de la présence de streptocoques dans son épaisseur. Les parties gangrénées représentent des portions nécrosées de tissu conjonctif et de muscles atteints de dégénérescence graisseuse

Il est intéressant de savoir que les lésions concomitantes de l'utérus peuvent entraîner la mort avant la déhiscence de la portion nécrosée, et que, quand celle-ci s'élimine, elle peut amener une perforation utérine rapidement mortelle.

Il s'agit donc là d'une lésion extrêmement grave présentant une mortalité (25 p. 100), due à la perforation ou à l'infection, et qu'il est très important de reconnaître pour intervenir à temps.

Les accidents semblent débuter de suite après la délivrance, surtout quand celle-ci a été instrumentale. Au bout de trois semaines, c'est-à-dire après le délai admis pour la régression utérine, on retrouve l'utérus gros, à deux travers de doigt au-dessous de l ombilic.

Dans aucun autre mode d'infection, l'utérus ne reste aussi gros. Parfois même, il existe une véritable augmentation de volume, phénomène qui devient alors caractéristique et qui tient du processus inflammatoire lui-même. Il y a de la sensibilité à la pression, et la pression exercée à sa surface donne lieu à l'issue d'un flot de liquide.

En général, le liquide qui s'écoule spontanément est abondant et purulent; mais cet aspect purulent n'est pas primitif. Peu de jours après l'accouchement, il présente une coloration brune et noir de café; déjà à ce moment, il a une odeur très forte et est très abondant. Ce n'est que plus tard qu'il devient jaune sale, puis franchement purulent Il n'est pas rare de constater la présence de gaz dans la cavité utérine. En tout cas le liquide a à ce moment une odeur gangréneuse caractéristique.

Le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine, il rencontre une saillie qu'on prend facilement pour un fragment de placenta, et qui tient soit à la portion nécrosée en voie de se détacher, soit au gonflement de la paroi elle-même. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare que le doigt soit dans l'impossibilité de se mouvoir dans la cavité.

Le pouls varie de 110 à 120 La température oscille autour de 39 degrés. La langue est sale; il y a de l'anorexie et de la constipation.

Le 25e jour environ, élimination spontanée d'un frag-

Digitized by Google

ment affectant parfois une forme triangulaire et dont le microscope seul indique la vraie nature.

Parfois, un deuxième fragment est éliminé deux jours après.

La température alors tombe à 37 degrés et la sécrétion cesse brusquement. La guérison est donc rapide quand la déhiscence du séquestre ne s'accompagne pas de perforation et l'utérus reprend alors son volume.

Le pronostic de ces deux formes de septicémie est fort grave, car la mort en est la terminaison fréquente.

Le chirurgien est donc autorisé, en présence d'un diagnostic solidement établi, à pratiquer l'hystérectomie, par la voie abdominale, qui paraît la plus sûre. — (27 *mars*).

VARIÉTÉ

Nouveau Sanatorium de plaine

Le Sanatorium de *Gelos* (Pau) est établi sur les hauteurs de même nom, à une altitude de 300 mètres, dans un château spécialement aménagé à cet effet par le docteur Portes, directeur du Sanatorium d'été à Eaux-Bonnes. Bâti sur un plateau au milieu d'un parc de 18 hectares couvert d'arbres de toutes essences, il est exposé au Midi et à l'Est et abrité du Nord-Ouest par les coteaux.

En vertu de ce principe énoncé au dernier congrès de Berlin, à savoir, que le médecin doit savoir prescrire autre chose que le Sanatorium et recourir parfois aux bienfaits des eaux sulfureuses, et spécialement des eaux sulfureuses chaudes, les malades peuvent être dirigés de ce sanatorium vers les Eaux-Bonnes pendant la saison d'été pour la cure dite « associée », et à l'action spéciale de ces eaux, il convient d'ajouter l'influence de l'altitude (800 m.) l'action tonique exercée sur l'organisme par la respiration d'un air absolument pur et raréfié, le climat tempéré de la région, l'absence de vents et le calme de la station.

Ces deux cures (sanatorium et Eaux-Bonnes) répondent à une double indication thérapeutique et réalisent ainsi le vœu exprimé par la Société de thérapeutique (séance du 14 mai 1899) dont les conclusions sont les suivantes :

1° Le meilleur sanatorium est celui qui est installé dans les régions où les avantages de la cure climatique s'ajoutent à ceux de la cure à l'établissement.

2° La Société émet le vœu que les sanatoriums renfermant chacun un nombre restreint de malades soient établis en France dans des conditions de climat ou d'altitude assez variées pour répondre à toutes les indications et notamment qu'on en construise au voisinage des stations thermales.

3° Que les stations thermales soient pourvues autant que possible à leur proximité, de stations estivales destinées à continuer aussi bien pendant l'été que pendant l'hiver, le traitement hygiénique, diététique et climatique.

Cette troisième condition est réalisée dans notre région du sud-ouest puisque nous avons Pau comme station hivernale avec ses deux sanatoriums de *Trespoey* (Dr Crouzet) et *Gelos* (Dr Portes) et d'autre part *Eaux-Bonnes* comme station estivale. — R. D.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de thérapeutique clinique, par le Dr G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille. 3e édition. Chez Vigot, éditeur.

Le légitime succès des deux premières éditions de ce volume rapidement épuisées, a engagé M. Lemoine à donner un peu plus d'ampleur et d'étendue à ce manuel Conçu dans le sens des consultations thérapeutiques que nous donnons de temps en temps dans ce journal, il est essentiellement pratique. Les formules sont toutes choisies parmi les meilleures et parmi celles qui ont fait leurs preuves. L'hygiène y tient une grande place et les indications thérapeutiques puisées dans un esprit modéré et éclectique y sont parfaites. — S. R.

Traitement de la tuberculose et des affections respiratoires chroniques par les injections trachéales, par le Dr Mendel, ancien interne des hôpitaux. — Un vol. à la Société d'Editions scientifiques.

Notre collaborateur et ami le Dr Mendel s'est fait depuis quelques années le promoteur du traitement de la tuberculose par les injections médicamenteuses intratrachéales. C'est le résultat de son expérience qu'il consigne dans cette monographie divisée en 3 parties : 1° Utilisation de la voie trachéo-bronchique dans la thérapeutique des affections broncho-pulmonaires. 2° Nature des substances injectées dans la trachée. Huiles essentielles, Iodoforme, Bromoforme, Gaïacol. Eau oxygénée. Doses. 3° Résultats cliniques du traitement. — La lecture de ce travail est des plus intéressantes, et les succès qu'on peut obtenir par cette méthode très rationnelle sont bien faits pour engager les médecins à l'employer. — M. D.

De l'obésité *(Hygiène et Traitement)*, par le Dr Adolphe Javal. 1 vol., Masson et Cie, éditeurs).

L'auteur passe en revue les traitements les plus connus de l'obésité préconisés par les médecins de tous les pays, puis il examine longuement la méthode plus récente du professeur Debove.

Il montre le danger de quelques médicaments ou traitements, notamment de la glande thyroïde, l'inutilité de certains autres comme l'exercice qui a surtout pour effet d'augmenter l'appétit.

Le seul moyen efficace de combattre l'adipose est de restreindre l'alimentation, mais on ne peut y arriver qu'en tenant le plus grand compte des conditions psychiques du malade auquel il faut imposer le minimum d'effort possible : sans quoi on est voué à un échec certain.

Après une étude très intéressante de la ration moyenne, de la ration d'entretien, de la ration suffisante et de la valeur nutritive des principaux aliments, le Dr A. Javal, sans s'arrêter à un régime unique et invariable, indique les règles à suivre dans les prescriptions alimentaires des obèses.

C'est donc là un livre intéressant, dans lequel les médecins trouveront à la fois un résumé de la question et des idées nouvelles sanctionnées par l'expérience.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M Merklen

Asthme cardiaque

Au début de l'insuffisance cardiaque, les malades ne présentent que de la dyspnée d'effort, mais peu à peu la dyspnée qui ne survenait qu'à l'occasion de la marche, d'un travail fatigant, s'accentue ; l'oppression persiste dans l'intervalle du paroxysme et paraît subitement pendant la nuit sous forme de crises qui, à cause de leur apparition soudaine, de leur ressemblance avec les crises d'asthme essentiel, ont reçu le nom d'asthme cardiaque ou de pseudo-asthme cardiaque.

Ces crises, survenant après la dyspnée d'effort et précédant souvent de longtemps le dernier stade de l'insuffisance cardiaque, l'asystolie, manquent quelquefois et malgré leur fréquence, on n'est pas autorisé à les considérer comme un stade obligé de la maladie. Dans une de ses dernières conférences, M. Merklen a étudié les formes, la pathogénie et le traitement de ce symptôme, et les considérations dans lesquelles il est entré, sont des plus intéressantes pour le praticien.

On a réuni sous la dénomination d'asthme cardiaque deux variétés d'accidents qui ne sont pas absolument identiques, qui, il est vrai, reconnaissent la même cause, mais sont cependant dissemblables par leur intensité et leur durée.

Il est peu de cardiaques chez lesquels le médecin n'ait eu à constater de petits accès. La nuit, aucun symptôme prémonitoire, une ou deux heures après le premier sommeil, le malade étouffe ; il s'assied sur son lit, la figure anxieuse, pâle, le visage baigné de sueur ; il se lève, s'assied à califourchon sur une chaise les bras appuyés sur le dossier, prenant point d'appui pour mettre en jeu tous ses muscles inspirateurs.

Les mouvements respiratoires sont difficiles, fréquents, la respiration vibrante s'entend à distance. Après un quart d'heure ou une demi-heure, la crise va diminuant et cesse.

Exceptionnellement, ces crises peuvent survenir plusieurs fois la même nuit, mais il est normal, si la thérapeutique n'intervient pas, de les voir se reproduire chaque nuit.

Ces petits accès d'asthme cardiaque surviennent chez deux catégories de malades. On les rencontre chez ceux qui présentent de l'insuffisance mitrale décompensée, de la symphyse cardiaque, un cœur gras ; tous ces malades sont destinés à verser plus ou moins rapidement dans l'asystolie. Mais on les trouve aussi plutôt dans la clientèle urbaine qu'à l'hôpital, chez des personnes qui en souffrent, soit la nuit, soit le matin, et qui n'ont aucune affection valvulaire. Ce sont des athéromateux, des artério-scléreux, présentant de la dilatation aortique, un degré variable de myocardite scléreuse et de l'insuffisance rénale. Ceux là auront de petits accès fréquents, mais n'ont que peu de tendance à devenir asystoliques.

Dans certains cas, l'accès d'asthme cardiaque est constitué seulement par une gêne respiratoire, une *soif d'air*, que le malade ne peut satisfaire ; dans d'autres, au contraire, à ce symptôme dyspnée vient se joindre de la douleur, douleur spéciale de griffe présternale, d'angoisse, rappelant celle de l'angor pectoris ; cette forme est spéciale à la dyspnée des aortiques et sans aucun doute liée à un léger degré de coronarite.

Pourquoi ces accès surviennent-ils principalement la nuit, quand le malade a dormi ?

Pendant le sommeil, il y a un ralentissement de toutes les fonctions, il est facile de constater que les mouvements respiratoires sont moins fréquents qu'à l'état de veille, et l'on a démontré que la quantité d'air inspiré est diminuée dans des proportions considérables. La diminution consécutive de l'apport d'oxygène entraîne un ralentissement dans l'hématose, le pouls se ralentit, la tension sanguine diminue, il y a donc tendance à la stase veineuse.

Chez l'homme sain, ce ralentissement physiologique de l'hématose et de la circulation générale n'entraîne aucun trouble, mais chez les cardiopathes des phénomènes de deux ordres vont se manifester.

La pression artérielle diminue, de sorte que le sang refluera moins facilement dans les artères coronaires, surtout si, comme il arrive si souvent dans l'artériosclérose, il y a une diminution de leur calibre, d'où trouble dans l'irrigation du myocarde. De plus, l'irrigation des centres nerveux, particulièrement du centre respiratoire, sera également diminuée, d'où troubles respiratoires.

D'autre part, le sang a tendance à la stase et à l'irrigation insuffisante des centres respiratoires viendra se joindre l'action sur ce même centre d'un sang insuffisamment oxygéné, dyspnéïque, toxique.

Ces symptômes sont particulièrement accusés chez les malades dont la cir ulation cardiaque est insuffisante par suite d'un degré quelconque de coronarite.

Les petits accès d'asthme cardiaque sont de courte durée et leur atténuation est rapide dès que le malade réveillé a, par des inspirations répétées, rétabli une hématose normale.

Les *grands accès* diffèrent des petits accès par leur durée et leur intensité. Ils surviennent aussi généralement pendant le sommeil. Ces crises simu-

Digitized by Google

lent absolument l'asthme vrai : début brusque, constriction angoissante, thorax distendu, respiration sibilante. Contrairement aux petits accès, elles ne cessent pas par le rétablissement du jeu normal de la respiration dès que le malade est réveillé, elles durent plusieurs heures, et souvent ne se terminent que lorsqu'une thérapeutique normale a été appliquée.

Deux *complications* importantes peuvent survenir, tout d'abord des douleurs présternales intenses, sensation de constriction de la poitrine, avec irradiations dans le bras gauche. Ce sont des phénomènes inhérents à l'état d'asthme de l'aorte et des artères coronaires, il s'agit d'un certain degré de coronarite, qui complique l'insuffisance cardiaque.

Une autre complication, extrêmement grave, est l'*œdème pulmonaire*. Au cours de l accès, il y a stase pulmonaire, les vaisseaux sont gorgés de sang et l'on a pu dire que le poumon se trouvait comme en état d'érection. Dans cet état, il se produit parfois une exsudation fibrineuse dans les alvéoles pulmonaires et dans les bronches constituant l'œdème pulmonaire qui imprime à l'asthme cardiaque un caractère tout spécial. Les sibilances sont remplacées par un bruit de bouillonnement, d'ébullition, dû au mélange d'air et de liquide contenu dans le poumon. A la suite d'une sensation de chatouillement dans l'arrière-gorge, apparaissent des quintes de toux pénibles, suivies de l'expectoration d'un liquide clair, spumeux, albumineux, parfois teinté de sang, semblable à celle qui a été signalée à la suite de thoracentèses trop copieuses.

Cette expectoration est excessivement abondante (un demi-litre, un litre, et même parfois beaucoup plus).

Dans certains cas, cette fluxion énorme, sorte d'apoplexie séreuse n'est pas suivie d'expectoration, il existe une sorte de bronchoplégie, amenant rapidement leur obturation et l'asphyxie.

L'origine de cet accident grave est certainement l'intensité de la stase veineuse, mais d'autres facteurs peuvent en faciliter la production. C'est surtout (9 fois sur 10), chez des artério-scléreux, des cardio-rénaux, des néphrétiques, que survient l'œdème du poumon soit que l'innervation vaso-motrice du poumon soit due à une élimination incomplète des toxines par le rein, soit à une propagation des lésions cardio-aortiques aux plexus nerveux voisins.

On a également pensé que l'alcool n'était pas sans influence. Chez les animaux, l'iode a pu provoquer l'œdème pulmonaire, on en a conclu que l'administration des iodures devait toujours être surveillée.

Enfin on a noté de l'œdème pulmonaire dans certaines maladies infectieuses : grippe, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu. Cet œdème diffère de celui qui existe au cours de l'asthme cardiaque, en ce qu'il s'accompagne d'un état fébrile (39° à 40°).

Comme dans toute affection d'origine complexe, les théories pour expliquer la *pathogénie* de l'asthme cardiaque varient suivant chaque auteur, sans qu'aucune donne entière satisfaction.

En Allemagne, on admet une *théorie cardiaque*, les crises de dyspnée cardiaque reconnaîtraient comme cause une faiblesse subite du ventricule gauche qui se manifesterait par la faiblesse du pouls et ses irrégularités ; de là stase pulmonaire occasionnant des troubles de l'hématose et de la dyspnée.

Cette théorie renferme à coup sûr une grande part de vérité, mais elle est trop exclusive ; on ne saurait affirmer que la localisation au seul ventricule gauche et la cyanose intense qui, dans certains cas, accompagne l'asthme cardiaque montrent qu'il existe aussi une insuffisance du ventricule droit.

Pour d'autres auteurs, l'asthme serait dû à une *insuffisance rénale* et serait surtout *urémique*. Il est vrai que souvent des crises de pseudo-asthme existent chez les néphrétiques, mais il semble que l'insuffisance rénale vient dans ce cas s'ajouter et favoriser l'insuffisance cardiaque par augmentation de la toxicité du sang.

S'appuyant sur la disparition des accidents dyspnéïques par le seul emploi du régime lacté, M. Huchard est d'avis que, dans la plupart des cas, l'asthme cardiaque est une *dyspnée toxique* occasionnée par les toxines introduites dans l'organisme par l'alimentation, spécialement par l'alimentation carnée.

Il est évident que la substitution du régime lacté absolu à l'alimentation carnée pendant un temps plus ou moins long et le régime lacto-végétarien employé de façon systématique amène la disparition des accidents dyspnéïques et donne des rémissions pouvant durer plusieurs années.

Enfin, Potain et Barié attribuent à l'asthme cardiaque une origine gastrique. Il arrive parfois que certains malades ont des crises d'oppression à la suite de l'ingestion de certains aliments, la viande, le bouillon et même M. Merklen a eu dans son service un malade qui étouffait dès qu'il avait mangé du pain. Dans certains cas, on peut incriminer une toxémie, mais dans d'autres, par exemple dans l'ingestion de pain, il faut admettre une irritabilité spéciale de l'estomac, une dyspepsie qui, par voie réflexe sympathique, amène une vaso-constriction des vaisseaux du poumon.

Quelle est la valeur de chacune de ces théories ? Sans doute, chacune contient une part de vérité et la dyspnée cardiaque est due à l'association de plusieurs facteurs étiologiques et chaque cas réclamera une

Digitized by Google

médication spéciale en rapport avec la cause déterminante.

L'intervention sera double : d'abord traiter l'accès, ensuite éviter le retour.

Quand le médecin, appelé d'urgence, est en présence d'un *grand accès* d'asthme cardiaque, son premier soin doit être de désencombrer la circulation pulmonaire. Pour cela, il faut de la dérivation sanguine par les révulsifs ordinaires, *cataplasmes sinapisés*, *sinapismes* sur les membres inférieurs, *pediluves*, *ventouses sèches*, et, au besoin, *ventouses scarifiées* (de 8 à 12).

S'il y a œdème pulmonaire ou même menace d'œdème pulmonaire, une *saignée* de 250 à 300 gr. s'impose.

Pour tonifier le cœur, prendre des injections sous-cutanées de caféine, d'éther, d'huile camphrée. Chez les malades atteints d'insuffisance rénale, on se méfiera de la caféine dont l'élimination est difficile et qui peut arrêter le cœur en systole, il faut donner la préférence à l'éther et surtout à l'huile camphrée dont les résultats sont identiques, dont l'injection n'est pas douloureuse et dont on peut user *larga manu*.

Les injections de *morphine* peuvent être nécessaires comme excitant des centres nerveux respiratoires; cependant elles sont absolument contre-indiquées s'il y a œdème pulmonaire car la morphine ralentit les mouvements respiratoires, amène de la bronchoplégie et favorise l'asphyxie.

Dans tous les cas, la dose employée doit être faible 1/4 de centigramme, 1/2 centigramme au plus, encore est-il utile que le médecin surveille le mode d'action de cet alcaloïde.

Pour amener une action sédative et en même temps tonique. M. Merklen préconise la *morphine associée à l'éther*. Une injection composée d'un quart de seringue de Pravaz de solution de chlorhydrate de morphine et trois quarts d'éther.

Pour les *petits accès*, prescrire le repos et la digitale, si la crise dyspnéique est jugée prémonitoire de l'asystolie. Dans les accès habituels, si le malade n'est pas en imminence d'asystolie, on pourra prescrire 0 gr. 50 centigr. de chloral.

Dans la dyspnée des aortiques cardio-rénaux, le lait, une alimentation lacto-végétarienne, des aliments légers et en petite quantité doivent être imposés, surtout le soir. Favoriser les éliminations par la *théobromine* à petite dose (0 gr. 30 à 0 gr. 60).

Il faut traiter l'insuffisance cardiaque en soumettant le malade à la *médication digitalique*.

Prescrire le régime lacté qui, par son action diurétique force la barrière rénale et introduit dans l'organisme le minimum de toxines (Huchard) et n'étant pas irritant n'occasionne aucun réflexe stomacal (Potain et Barié). Pour favoriser l'élimination, la *théobromine* diurétique et tonique du système nerveux est indispensable.

Enfin, le *traitement hygiénique* doit être recommandé : éviter le froid, la fatigue, le surmenage physique et moral (1).

ÉTUDE CLINIQUE

De l'Entéroptose (2)

Par Frantz Glénard,
Correspondant de l'Académie de Médecine

VI

En faisant concourir les enseignements de l'Entéroptose secondaire avec ceux de l'Entéroptose primitive, on peut tracer le tableau synthétique de l'Entéroptose en le résumant de la façon suivante :

Définition. — L'Entéroptose est une maladie caractérisée par un ensemble des symptômes et signes spéciaux à la ptose (mobilité anormale, ectopie acquises) d'un ou de plusieurs viscères abdominaux.

Division. — L'entéroptose peut être *primitive*, ou *secondaire* à une affection méconnue du foie. E. idiopathique, E. symptomatique.

Etiologie. — *Causes prédisposantes :* sexe féminin (corset, en raison de son action « infrapropulsive » sur l'intestin ; actes de la vie génitale, et, en particulier, accouchements) ; profession à station immobile prolongée, debout ou à genoux ; laparotomie, éventration ; hépatisme, nervosisme (?), héréditaires ou acquis.

Causes déterminantes : chute, effort, traumatisme; forceps = E. *traumatique*. Causes de perturbation ou de maladie hépatique : grossesse, puerpéralité, lactation, menstruation, ménopause = Entéroptose (hépatique) *gravidique*, *puerpérale*, *autotoxique*. Fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, dysenterie, etc., excès alcooliques, paludisme = Entéroptose (hépatique) *infectieuse*, *alcoolique*, *impaludique*, *etc*. Excès alimentaires ou aliments toxiques = Entéroptose (hépatique) *bromatique*, *toxique*. Surmenage ou secousses morales = Entéroptose (hépatique) *nerveuse* ou *émotive*.

Formes. — D'allure générale asthénique, dite névropathique ou neurasthénique, (ou, jadis, utérine), l'entéroptose peut revêtir quatre formes principales : forme gastro-intestinale ; forme cholélithiasique (pseudolithiase) ; forme neurasthénique ; forme cachectique.

(1) Rédigé par le Dr P. Reille.

(2) Conférence faite à l'hôpital Necker (fin). Voir n° 14, page 212 et n° 15, page 227.

Digitized by Google

Symptomes. — A. *Caractères subjectifs fondamentaux* : faiblesse générale, « faiblesse d'estomac », « faiblesse des reins », lassitude habituelle ;

Constipation, parfois alternant avec la diarrhée ;

Insomnie, avec prédominance entre 2 et 4 heures du matin ;

Dyspepsie gastrique, avec prédominance à 3 heures du soir ;

Appétit conservé ; « besoin de prendre » ;

Aggravation par la station immobile debout ou à genoux ; par les purgatifs énergiques ; par l'opium ou le chloral ; par les vins, les acides, les crudités, les graisses, le lait, les féculents ; par les repas trop espacés.

Soulagement par le décubitus dorsal ou la station assise ; par une sangle pelvienne ; par les laxatifs salins quotidiens ; par un régime de viandes grillées et d'œufs à la coque ; par des repas fréquents ; par le bicarbonate de soude (sauf complications ou crises).

Caractères subjectifs accessoires : symptômes de nervosisme : cérébraux, spinaux, sympathiques, cardiaques, etc., (sauf, à moins de complication, les symptômes de « casque », de « clou », de « plaque », les phobies, l'obsession, lesquels relèvent d'une neurasthénie non entéroptosique).

B. *Caractères objectifs* de la période d'état :

Attitude légèrement penchée en avant. Teint pâle avec plaques jaunâtres nasolabiales accentuées trois heures après les repas, et aussi par la station immobile debout, par la fatigue ;

Amaigrissement ; langue un peu saburrale à la base ; diminution de la tension abdominale ; pouls aortique superficiel ;

Par le *procédé de glissement* : gargouillement gastrique ; corde colique indolente, cordon sigmoïdal indolent, boudin cœcal étroit, sensible ;

Par le *procédé néphroléptique* : néphroptose du 1er au 4e degré, à droite ou des deux côtés ; parfois tumeur stercorale du coude droit du côlon ; parfois cholécystoptose ;

Par le *procédé du pouce* : hépatoptose avec lobe droit angulaire, flasque, aminci ; ou foie souple allongé, déformé ; ou hypertrophie ptosée souple ; parfois splénoptose ;

Selles étroites ou scybales, parfois mucomembranes ; urines claires, abondantes (sauf les cas de crises digestives ou de complication), hyperacides ;

Epreuve et contre-épreuve de la sangle, positives ;

Accélération (de 15 à 20 pulsations) du pouls (habituellement lent), par l'application de la sangle, par le passage de la station debout au décubitus dorsal.

Anatomie pathologique. — Données conformes à celles de la biopsie : décompression de l'abdomen ; ptoses viscérales (ectopie, mobilité anormales) ; diminution de calibre plus ou moins accentuée, plus ou moins généralisée, de l'intestin ; déformation, flaccidité du foie (olighémie absolue ou relative, parallèle à l'olighémie du tube gastro-intestinal) ; altérations fonctionnelles ou structurales du foie (à vérifier), en rapport avec la nature, c'est-à dire avec la ou les causes premières ou occasionnelles du processus morbide hépatique, actuellement à la phase ptosique.

Marche. — Trois périodes : gastrique, mésogastrique ou hépatique (pseudolithiasique), neurasthénique ou cachectique.

La maladie débute tantôt par la période mésogastrique ou pseudolithiasique (entéroptose primitive), tantôt par la période gastrique (entéroptose secondaire) ; la période neurasthénique est toujours la dernière. La période mésogastrique est celle où s'objectivent les ptoses, la période neurasthénique est celle où l'on constate la colosténose.

Durée et terminaison. — *Si le diagnostic de l'Entéroptose n'est pas posé* : durée indéfinie ; terminaison rare par la mort de cachexie ou de quelque complication gastrique ou hépatique ; terminaison habituelle, au seuil de la vieillesse, par un état de santé précaire ou passable, un *modus vivendi*, exigeant une constante surveillance des fonctions de l'appareil digestif (adaptation de l'organisme à la transposition des viscères au-dessous de leur niveau normal ; compensation hépatique.)

Si le diagnostic de l'Entéroptose est posé : durée en rapport avec la période à laquelle le traitement est institué, en moyenne un an à la première, trois ans à la seconde, sept ans à la troisième. Retour à une bonne santé, avec manifestations rhumatismales rares, réduites à leur minimum par une hygiène visant la fonction hépatique (régime approprié ; fréquemment laxatifs, alcalins).

Diagnostic. — Le diagnostic repose sur l'existence des *symptômes subjectifs* fondamentaux de l'entéroptose. Ces symptômes doivent être recherchés systématiquement dans toute maladie chronique indéterminée, d'allure névropathique. Seule, la méconnaissance des caractères de l'Entéroptose peut excuser le reproche qui a été adressé à l'Entéroptose de prétendre englober à peu près toutes les dyspepsies et toutes les névropathies.

Quant aux *caractères objectifs*, leur tableau complet, puisqu'ils surgissent l'un après l'autre avec les progrès de la maladie, ne peut se rencontrer qu'à la période d'état. Les exiger tous pour le diagnostic, comme l'a fait un auteur, sous prétexte que sans leur concours, on s'expose aux erreurs de diagnostic, serait rompre, et pour la seule Entéroptose, non seulement avec les errements suivis dans le diagnostic de toutes les autres maladies, mais avec la

Digitized by Google

mission elle-même de la Clinique, qui est de dépister les maladies dès leur début pour les soigner, dès même l'existence de leurs conditions préparatoires, pour les prévenir.

L'état des parois abdominales n'est qu'un signe très secondaire, car l'Entéroptose est d'origine viscérale et non pariétale.

Les caractères tirés de la sensibilité du cœcum et de l'épreuve de la sangle (sauf quelques cas paradoxaux) se retrouvent à toutes les phases de la maladie. Leur concordance est un signe de *probabilité*.

A la période d'état, la corde colique indolente, et l'hépatoptose « pure » (avec lobe droit angulaire, abaissé, aminci, déjeté en arrière), signes presque toujours concomitants, mais qu'on ne trouve que dans les deux tiers des cas d'Entéroptose, sont *pathognomoniques*. L'efficacité d'emblée du traitement tout spécial de l'entéroptose est un élément de contrôle assez probant pour qu'on puisse l'utiliser comme *signe décisif* dans le diagnostic.

Diagnostic différentiel. — Ce diagnostic doit être discuté.

A la période gastrique : avec la dyspepsie, l'hyperchlorhydrie, le catarrhe gastrique, la gastralgie, les crises nerveuses d'estomac, les cardiopathies, la métrite, la prélithiase, la précirrhose hépatiques;

A la période asthénomésogastrique : avec l'anémie, l'hystérie, la neurasthénie (teint parfois rosé, peu d'amaigrissement, obsession, phobies, casque, clou; efficacité du même régime, mais tolérance du lait et des légumes verts ; efficacité non constante, et seulement relative à quelques symptômes, de la sangle et des laxatifs); la lithiase biliaire, la gravelle urique, la dysménorrhée, la colite membraneuse aiguë, la dilatation d'estomac, la dyspepsie nerveuse, la dyspepsie rhumatismale; la métroptose.

A la période neurasthénique : avec la neurasthénie hépatique, la sclérose, le cancer ou la phtisie larvés; le tabes, les affections cérébro-spinales, la cachexie nerveuse.

Nature. — L'Entéroptose primitive est une maladie causée par la ptose traumatique du colon et en particulier du coude droit du colon, maladie d'abord locale, puis devenant générale, par la participation du foie au processus. C'est alors une « maladie de la nutrition » ; l'état morbide du foie, jouant désormais un rôle diathésique (hépatisme), dominera la pathogénie des phases ultérieures de la maladie.

L'entéroptose secondaire est une « maladie de la nutrition » d'origine hépatique (hépatisme), ayant pour cause première les causes de maladies du foie, et étant intermédiaire, comme phase d'hépatisme, aux autres maladies de la nutrition, aux autres phases d'hépatisme qui l'ont précédée où lui succèderont chez le même sujet ; celles-ci peuvent être prévenues par un traitement approprié, ou aggravées par des causes intercurrentes de maladie de foie ou par un traitement intempestif (diète lactée, vins toniques, prohibition des laxatifs salins, etc.)

Traitement. — Le traitement de l'Entéroptose est à un tel point univoque et caractéristique, qu'il peut être appelé à concourir, par les résultats d'emblée qu'on en obtient, à contrôler le diagnostic de cette maladie.

Les *indications fondamentales* sont les suivantes, dans leur ordre d'urgence, qui est l'ordre de subordination hiérarchique des symptômes :

1° Relever et maintenir relevés les viscères abdominaux;

2° Augmenter la tension abdominale;

3° Régulariser les selles;

4° Exciter les sécrétions du tube digestif et des glandes annexes;

5° Régler l'alimentation et favoriser la digestion;

6° Tonifier l'organisme.

Les *indications accessoires* sont fournies par les symptômes qui n'acquièrent d'intensité que dans les phases les plus avancées de la maladie, tels que l'insomnie, le nervosisme, la faiblesse, la douleur, etc., etc.; or, ces symptômes, qui paraissent nouveaux et provoquent les erreurs de diagnostic, sont les mêmes symptômes primitifs, mais aggravés; ils sont, en conséquence, évidemment subordonnés, par leur date d'apparition, aux symptômes qui ont marqué le début de l'affection.

Les indications fondamentales restent toujours les mêmes, ne diffèrent que par leur degré d'évidence et d'urgence; de même le traitement ne devra être modifié que dans le degré d'énergie des agents, toujours les mêmes, que, sous l'impulsion d'une même idée pathogénique directrice, on aura fait intervenir.

Le traitement de l'Entéroptose exige, la cause première étant bien entendu écartée, l'intervention *simultanée* des quatre éléments fondamentaux suivants : 1° la sangle, 2° les laxatifs quotidiens, 3° les alcalins, 4° le régime.

Voici un type de prescription dont tous les détails ont été longuement discutés dans un travail paru en 1887 sur le « traitement de l'Entéroptose ».

1° *Sangle*. — Porter une sangle élastique de quatorze à seize centimètre de hauteur, suffisamment ferme, plate, à bords rectilignes et parallèles, (échancrures facultatives par ourlet du bord inférieur au niveau des trochanters) serrée en arrière par trois boucles, munie de sous-cuisses ; l'appliquer, à la partie la plus déclive de l'abdomen, et entourer le bassin de telle sorte que le bord supérieur de la ceinture ne dépasse la crête iliaque que de 1 à 2 travers de doigt; la serrer suffisamment, la porter constamment

Digitized by Google

(parfois la nuit, si l'insomnie résiste au traitement). Suivant les cas, la munir d'une large pelote, soit au niveau de la fosse iliaque droite, soit au niveau de chacune des fosses iliaques, ou d'une pelote semi-lunaire appropriée comprimant et relevant hypo gastre et fosses iliaques. La sangle est aussi efficace dans les cas de ventre maigre (« besace en dedans »), que dans ceux où le ventre est encore gros (Ewald).

Decubitus dorsal durant 25 minutes, avant et parfois 1 heure et demie après les repas.

2° *Laxatifs.* — Chaque matin, une demi-heure avant le premier repas, (parfois à 2 heures du matin; les laxatifs sont le meilleur somnifère de l'Entéroptosique, et en général de l'hépatique), prendre dans un demi-verre d'eau fraîche, parfois chaude, un des paquets :

Sulfate de soude.....	40 grammes
Sulfate de magnésie.....	30 —

Mêlez, divisez en 10 paquets Renouveler la prescription,

ou bien un demi-verre de Janos, un quart de verre de Rubinat, de Villacabras, une cuillère à café de sel naturel de Vichy, de sel de Karlsbad, etc.

Si les selles sont insuffisantes, ou aqueuses seulement, prendre également, au repas du soir ou en se couchant, suivant les cas, une ou deux des pilules :

Aloès.....	0 gr. 05
Extrait de rhubarbe.....	0 — 02

Pour une. En faire 20 semblables,

ou de la poudre de réglisse au séné, de la cascara, de la podophylle, de l'évonymine, etc., (suivant telle disposition individuelle, liée, sans doute, à telle ou telle sous-variété de la perturbation fonctionnelle).

Lavements froids (comme succédané); massage abdominal par pressions alternatives des flancs; séances de pression abdomlnale continue, dans le décubitus dorsal, à l'aide d'un sachet de sable, etc.

3° *Alcalins.* — Si, en dépit du traitement, les digestions gastriques restent douloureuses, prendre (soit au début d'un ou de deux des principaux repas, soit au moment du début des malaises, soit en se couchant, suivant les cas) une cuillerée à café du mélange suivant :

Bicarbonate de soude.....	40 grammes
Magnésie calcinée.....	20 —

Mêlez. Une cuillerée à café avec un peu d'eau,

(ou un à deux cachets de 1 gramme de ce mélange, auquel on peut ajouter quelques centigrammes de bismuth).

Si la dyspepsie persiste, si, surtout, elle revêt la forme persistante de crises paroxystiques localisées à l'épigastre ou à l'hypochondre droit, cure alcaline chaude à Vichy.

4° *Régime.*—Voici le régime de la troisième période :

Premier déjeuner vers 7 heures 1/2 : une tasse de thé (une cuillerée à soupe de lait), un ou deux œufs à la coque, une tranche de pain grillé (à peine de beurre très frais).

Second déjeuner vers 11 heures 1/2 : une à deux cuillerées à soupe de viande crue rapée, un ou deux œufs à la coque, une tranche de rosbif saignant ou de jambon non fumé, pain grillé, boisson d'eau (froide ou chaude), confiture de fraises.

Goûter vers 4 heures : un gâteau sec ou une petite tasse de café au lait (moitié d'infusion de café) et une tranche de pain grillé.

Dîner vers 7 heures : comme le repas de 11 h. 1/2.

Voici, du reste, un tableau qui a été dressé en 1887, peu avant que la clinique s'occupât du chimisme gastrique, et qui retrace, d'après des centaines d'observations, l'échelle de digestibilité *subjective* des aliments dans l'Entéroptose, échelle inscrite depuis l'aliment le mieux digéré, la viande crue, jusqu'au plus indigeste, le lait cru; de telle sorte que chacun de ceux qui sont mentionnés est mieux digéré que celui qui le suit, moins bien que celui qui le précède :

RÉGIME DE L'ENTÉROPTOSE

1re période (*gastrique*) atonie gastrique par entéroptose	2e période (*mésogastrique*) gastroptose	3e période (*neurasthénique*) entérosténose	*a)* Viande crue (bœuf, mouton), œufs crus; pain rassis, thé au lait (1/5 de lait), café au lait (1/2 de lait); eau, eau aiguisée de cognac, vin de Champagne (?).
			b) Viande grillée (rosbif), gigot, côtelettes de mouton, filet; œufs à la coque, bouillon, confitures (?).
			Viande rôtie (bœuf, mouton, veau, poulet), jambon maigre non fumé; poissons : sole, raie, merlan, truite, loup; œufs brouillés; légumes verts très cuits accommodés au beurre frais (au moment de servir), fromages faits à point (brie, camembert, Mont-d'or), pommes cuites, confitures, compotes, chocolat, bière, cidre (?), vin blanc (?).

(?) Viande bouillie, gibier rôti non faisandé, pigeons, cervelles, purée de légumes farineux (lentilles, pommes de terre), riz, carottes, raisin, fruits très mûrs, œufs sur le plat, huitres, foie gras, fromages de Gex, de Gruyère, vin rouge très étendu d'eau.

Digitized by Google

Les aliments dont le malade devra se priver le plus longtemps, pour ne pas dire toujours, même lorsqu'il sera apparemment guéri, sont les suivants : sauces, jus, graisses, fritures, saumon, anguille, maquereau, truite saumonée, lard; patisseries feuilletées; macaronis; salades, fruits crus; vin rouge pur, lait pur; viandes faisandées ou marinées, civets, salmis, pâtés de viandes, choux, oignons.

Traitement accessoire éventuel. — Hydrothérapie froide, toujours efficace : deux douches par jour, de 30 secondes de durée (parfois au début douches tièdes, terminées par une affusion froide).

Tous les matins friction de tout le corps avec un gant de crin imbibé d'eau de Cologne ou autre.

Electricité statique; bromhydrate de quinine (0,20 à deux repas), injections de solutions salines; strychnine, caféine, bromures, sulfonal, eupeptiques, acides minéraux après le repas; séjour prolongé au lit, isolement, etc., suivant indications spéciales ou complication.

C'est là, bien entendu, une formule générale, celle applicable dans la généralité des cas; la pratique apprend quelles modifications de détails on peut apporter. Si les laxatifs salins sont mal supportés, si le lait et les légumes sont bien tolérés, c'est qu'il ne s'agit pas d'une Entéroptose, ou qu'il y a une complication; de même, si le traitement se montre résolument inefficace. Cette complication, si c'est cependant bien le syndrome de l'Entéroptose, doit être cherchée en général dans le foie ou, quoique rarement, dans l'existence d'adhérences vicieuses ou de sténose cicatricielle.

L'étude de l'Entéroptose est intéressante, tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

Au point de vue doctrinal, cette maladie nous à appris quelle parenté étroite unit les dyspepsies, les névropathies, les maladies de la nutrition (lithiase biliaire) et les maladies du foie, puisqu'une même maladie peut revêtir ces quatre aspects différents, au point que la confusion en était toujours faite avant que fût connue l'Entéroptose. Elle nous a appris qu'une foule de symptômes, dits nerveux essentiels, tels que l'insomnie, la faiblesse, les cardiopathies, l'oppression, peuvent avoir une origine digestive et doivent être traités, non par l'opium ou le chloral, les vins toniques, la digitale, le bromure, ainsi que cela se faisait alors, mais par le régime, la sangle, les laxatifs; que les tronbles gastriques peuvent être subordonnés aux troubles intestinaux, car les laxatifs, la sangle sont ici leur meilleur traitement, alors que le traitement purement gastrique était inefficace; que les relations physiologiques les plus étroites unissent le tube gastro-intestinal et surtout l'intestin avec le foie, puisque les laxatifs, qui agissent aussi sur le foie, sont les meilleurs remèdes du l'entéroptose, puisque la maladie du foie peut être tantôt la cause, tantôt la conséquence de l'entéroptose.

L'étude de l'Entéroptose, dans la variété secondaire de cette maladie, nous enseigne encore, par les rapports qui existent entre l'hépatoptose et les autres types objectifs morbides du foie, enfin par les causes premières dont elle peut relever et qui sont aussi des causes de maladie de foie, à quel point la doctrine de l'hépatisme est bien l'expression vraie de la clinique. Nous comprenons alors, notre attention étant désormais appelée sur le foie, pourquoi nous retrouvons dans les autres maladies de l'hépatisme, les caractères, jugés d'abord spécifiques de l'Entéroptose, tels que le réveil à deux heures du matin ou la prédominance des malaises à trois heures du soir; ces malaises sont dûs à une perturbation gastro-intestinale de cause hépatique, et l'hyperchlorhydrie (qui ne fut signalée que beaucoup plus tard), en est la conséquence et non la cause. Nous comprenons pourquoi le régime alimentaire de l'Entéroptose, avec la proscription des alcools, des graisses, des farineux, est appliqué aujourd'hui à tant de dyspepsies, de neurasthénies et de maladies de la nutrition; pourquoi les laxatifs salins quotidiens deviennent d'une application si générale dans ces groupes de maladies. Nous concevons enfin que l'indication si rigoureuse de la diète carnée dans l'entéroptose hépatique ou devenue hépatique, alors que se pose au contraire l'indication également si rigoureuse de la diète lactée dans certaines autres maladies de foie de l'hépatisme, nous concevons que ces deux indications si contradictoires, dans des maladies fondamentalement les mêmes, aient pu nous frapper; nous concevons qu'elles aient pu faire rechercher s'il n'existe pas un ensemble d'autres signes contradictoires obligeant à admettre deux embranchements de la famille hépatique, l'hépatisme cholémique (dans lequel rentre l'Entéroptose), et l'hépatisme uricémique.

Au point de vue pratique, l'étude de l'Entéroptose nous apprend à guérir des maladies réputées jusqu'ici incurables, elle nous apprend à prévenir leur évolution. On ne peut moins faire d'être frappé qu'une transformation de la mode dans la toilette féminine, par la substitution de la compression hypogastrique à la compression du mésogastre exercée par le corset, ait coïncidé avec la diffusion de la notion de l'Entéroptose.

Je puis affirmer au jeune médecin, cent confrères me l'ont écrit, que s'il s'installe dans une région où ses aînés ne connaissent pas l'Entéroptose, je puis lui affirmer que, dès sa première année, il trouvera un élément de réputation rapide dans les succès que lui assureront le diagnostic et le traitement de cette

Digitized by Google

maladie vainement combattue jusque-là. Car ses premiers clients seront les incurables du pays; parmi ces incurables, il y a maint entéroptosique, et, ces entéroptosiques, il les réconciliera avec la médecine, il les soulagera toujours, parfois il les guérira (1).

HYGIÈNE

La peste d'Alexandrie en 1899

Le 20 mai 1899, l'existense de la peste à Alexandrie était officiellement déclarée, à la suite de trois observations constatées par le Dr Valassopoulo (*La peste d'Alexandrie*) (1). Ici, comme dans les autres épidémies de peste bubonique, la mortalité des rats a précédé celle des humains. Dans une seule épicerie, on avait trouvé plus de 200 rats et un chat morts dans l'espace de quelques jours. La maladie a attaqué dans différents quartiers des personnes occupées dans les maisons qui favorisent le séjour et la pullulation des rats (magasins, épiceries, boulangeries, moulins, etc.). Les cas de peste se sont succédés dans des quartiers quelquefois éloignés les uns des autres et sans qu'on ait pu trouver un lien entre les personnes atteintes, ce qui prouve que la contagion d'homme à homme est tout à fait secondaire et qu'il faut un intermédiaire.

L'épidémie qui a accompli son cycle en 3 mois environ, a fourni, d'après la statistique officielle, 92 cas.

Au point de vue clinique, M. Valassopoulo a relaté les particularités suivantes : Chez un malade, un délire de persécution a marqué l'invasion de la maladie. La fièvre a été tantôt continue, tantôt à type rémittent. Tous les malades qui sont morts ont présenté de l'hyperthermie.

M. Valassopoulo considère la peste comme une maladie à cycle thermique défini, la défervescence ayant toujours eu lieu entre le 4e et le 5e jour de la la maladie. Cette défervescence est assez rapide, s'accomplissant dans 12 à 24 heures et n'est que rarement accompagnée de phénomènes critiques : sueurs profuses, diarrhée, etc. Après la défervescence, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien cet état continue les jours suivants et le malade entre en convalescence; ou bien, aprés une courte apyrexie, on note une nouvelle ascension thermique due aux complications ou à la généralisation lymphatique. Cette dernière éventualité peut même se produire plusieurs jours après le début de la maladie.

Les bubons suppurent du 7e au 10e jour, et cette suppuration ne donne lieu à aucune élévation thermique.

Comme phénomène curieux du début, M. Valassopoulo signale une vulvo-vaginite due au bacille de la peste.

Les formes cliniques de la peste doivent être, d'après lui, ramenées à deux.

a) La forme cutanée bubonique avec variétés : ambulatoire, bénigne, maligne et foudroyante.

b) La forme viscérale sans bubons apparents avec variétés : pulmonaire, gastro-intestinale, hépatique.

La complication la plus grave de la première forme est la *pneumonie pesteuse secondaire*. Elle se présente tantôt avec les symptômes d'une pneumonie catarrhale, râles fins sur divers points des poumons, et submatité quelquefois, mais sans les signes d'une condensatton du tissu pulmonaire, et tantôt avec les signes d'une vraie hépatisation pulmonaire limitée. Cette pneumonie survient d'ordinaire du 3e au 6e jour. Les crachats sont rarement très abondants, contiennent constamment des bacilles de la peste; ils sont hémorrhagiques, noirâtres et de consistance poisseuse. L'invasion n'a jamais été précédée de frisson.

La pneumonie pesteuse primitive, forme viscérale d'emblée de la peste, ne se différencie guère de la pneumonie vulgaire, si ce n'est par l'examen des crachats.

M. Valassopoulo admet également l'existence de formes gastro-intestinales.

Les mesures prophylactiques se résument en deux points importants : isolement et désinfection. Il faut également user de tous les moyens pour obtenir la destruction des rats; et, surtout dans les ports, surveiller attentivement l'hygiène des navires.

Le traitement général consiste en frictions alcooliques de la peau, antisepsie gastro-intestinale, toniques du cœur. Dans un cas, une syphilitique mercurialisée eut une peste bénigne, ce qui semblerait prouver une action bienfaisante du mercure et qui expliquerait le traitement par le sublimé à hautes doses préconisé par quelques médecins anglais.

L'incision précoce du bubon n'est pas utile, car l'observation montre que la cicatrisation survient beaucoup plus vite quand on ouvre le bubon bien fluctuant que quand on l'ouvre trop précocement. L'ouverture des bubons de la fosse iliaque doit être faite sous chloroforme et avec beaucoup de prudence.

La sérothérapie par la méthode de Yersin a donné 7 guérisons sur 11 malades, mais M. Valassopoulo ne se prononce pas sur l'efficacité réelle de ce traitement.

(1) Dans un « Traité de l'Entéroptose » *(en préparation)* seront analysés et discutés les nombreux travaux, — et la plupart sont favorables à cette pathogénie nouvelle — dont les divers chapitres de l'Entéroptose ont été, depuis quinze années, l'objet.

(1) Un volume chez Maloine, éditeur.

Digitized by Google

La vaccination préventive de Haffkine ne confère d'immunité que pour une période de 3 semaines et a ensuite l'inconvénient de produire une forte réaction locale et générale. De plus, il est difficile de pratiquer en grand, à toute une ville, la vaccination préventive, on se heurterait à des difficultés insurmontables. Les inconvénients, assez sérieux, du vaccin de Haffkine doivent lui faire préférer comme méthode préventive de petites doses de 5 cc. de sérum antipesteux de Yersin qui, tout au plus, pourra donner lieu à des exanthèmes sérothérapiques. Comme c'est un sérum antitoxique et non antimicrobien, les contagions pourront néanmoins se produire, mais la peste sera très atténuée et se terminera par la guérison.

Formulaire du Praticien

Soins à donner aux seins des jeunes mères qui allaitent. — L'enfant est mis au sein dans les 24 ou 36 heures qui suivent la délivrance. Dès ce moment, les précautions les plus minutieuses s'imposent pour ne pas infecter les canaux galactophores.

On ne devra jamais toucher les seins qu'après lavage des mains. Avant et après chaque tétée, la mère se lavera les seins avec un tampon de coton imbibé d'eau boriquée. Dans l'intervalle des tétées, une compresse bouillie dans l'eau boriquée et recouverte d'un taffetas gommé sera maintenue en permanence sur les seins à l'aide d'un bandage de corps. Les compresses humides valent mieux que le coton sec qui colle au bout du sein et peut amener l'arrachement de lambeaux épidermiques.

Malgré tout, disent MM. Gaulard et Bué, à qui nous empruntons ces renseignements (*Manuel thér. clinique*), beaucoup de primipares ont des gerçures et des gerçures douloureuses, la succion est douloureuse, et la porte d'entrée aux infections est ouverte. Il faut donc traiter avec soin ces ulcérations. On peut employer les topiques suivants :

I. Glycérine ..... } àà
Liqueur de van Swieten ..... }
(Lepage)

II. Eau de roses ..... 40 grammes
Glycérine ..... 20 —
Borate de soude ..... 8 —
Teinture de benjoin ..... 12 —
(Marfan)

III. Orthoforme pulvérisé.

ou ;

Orthoforme en solution alcoolique saturée.
(Maygrier)

IV. Glycérine ..... 10 grammes
Tanin ..... 1 —
Extrait de cannabis indica ..... 0 gr. 60
(Gaulard et Bué)

Brindeau préconise le traitement suivant :

1° Cocaïniser le bout du sein ;

2° Frotter le mamelon avec un tampon imbibé d'éther;

3° Toucher légèrement les crevasses avec de la teinture d'iode;

4° Saupoudrer, dans l'intervalle des tétées, les crevasses avec du bicarbonate de soude.

5° Si l'enfant présente des lésions buccales, lui nettoyer la bouche avant la tétée, ou faire usage de bouts de seins en verre. — S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Moyen de rendre indolores les applications de sublimé sur les muqueuses, les plaies et la peau dénudée. — La cuisson douloureuse provoquée par l'eau pure et les eaux peu minéralisées sur la pituitaire (alors même qu'on les applique tièdes, à la température moyenne du corps), s'explique par le défaut d'*isotonie* entre la concentration moléculaire du liquide employé et celle du milieu sanguin. Il suffit, en effet, pour éviter cet inconvénient, de rapprocher le plus possible la solution du titre *isotonique* par l'addition d'une certaine quantité de sel.

Partant de ces données, le Dr Depierris (de Cauterets) a trouvé qu'il est possible d'ajouter à la solution salée, qui n'est autre qu'un sérum artificiel, une petite quantité de substance antiseptique, sans lui enlever ses qualités indolores, — pourvu que le titre définitif reste à peu près *isotonique*. (*Soc. méd. chir. de Paris*, 1901).

C'est ainsi qu'il a constaté que la solution aqueuse de sublimé a 1 p. 10.000 et même a 1 p. 4.000 qui, employée pure, est très douloureuse sur la muqueuse nasale, *ne produit plus* la *moindre sensation pénible* lorsqu'elle est *additionnée d'environ 9 gr. pour 1,000 de chlorure de sodium*. Il a observé le même fait sur la peau dénudée. — D. R.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

La glycosurie des vagabonds. — Hoppe-Seyler, de Kiel a observé plusieurs fois des vagabonds qui présentèrent de la glycosurie à leur entrée à l'hôpital. Au bout de peu de jours le sucre disparaissait, malgré la richesse en hydrates de carbone du régime ordinaire de l'hôpital qu'on donnait à ces malades. La glycosurie avait même si bien guéri, que même l'administration de grandes quantités de sucre à jeun ne donnait pas lieu à la réapparition de substances réductrices dans les urines.

L'auteur n'a pas d'explication pour ce fait qu'il attribue à la misère physiologique des sujets, compliquée probablement d'un trouble fonctionnel du foie et du pancréas. Ne pourrait-on pas penser aussi à une manifestation des tares de dégénérescence que présentent si souvent les cheminaux et autres vagabonds? (*Münch. med. Wochenschrift*). — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le petit lait (1)

Depuis plus d'un quart de siècle, cette honnête préparation galénique appartient à l'histoire rétrospective des médications : *le petit lait*, en effet, est un médicament démodé dont bien peu de médecins mettent à profit, en France tout au moins la double action purgative et diurétique.

On désigne sous le nom de petit lait le sérum du lait, débarrassé plus ou moins complètement, suivant son mode de préparation, de ses matières grasses et de ses albuminoïdes ; on distingue, en effet, deux façons d'obtenir le petit lait : par acidification ou par caséification.

Préparé par acidification il constitue le produit officinal dont voici la formule :

Lait de vache écrémé, 1.000 grammes. Portez le lait à l'ébullition : ajoutez-y par petites portions une quantité suffisante d'une solution d'acide citrique à 1/8 ; quand le coagulum sera formé, passez sans expression. Remettez le petit lait sur le feu avec un blanc d'œuf délayé préalablement dans une petite quantité d'eau ; portez à l'ébullition que vous arrêterez en versant un peu d'eau froide dans le liquide dès que celui-ci sera éclairci. Laissez refroidir : filtrez sur un papier préalablement lavé à l'eau bouillante.

Ainsi préparé, le petit lait possède une couleur jaune verdâtre : il doit être limpide et dépourvu de saveur acide. Il renferme par litre :

Lactose	57 gr.
Matières organiques autres	4 —
Lactate et citrate de soude	3 —
Chlorures, sulfates, phosphates	3 —

Dans les montagnes ou les stations spéciales, le petit lait se prépare avec du lait de vache, de chèvre ou de brebis et, au moyen de la présure (2). Le lait est chauffé dans de grandes chaudières; la présure est ajoutée, on fait bouillir, on écume le liquide: on filtre à la chausse et on met le petit lait dans des vases de bois échaudés au préalable.

Préparé de cette façon, le petit lait de vache a une saveur douce ; le petit lait de brebis possède une saveur sucrée ; la saveur du petit lait de chèvre est intermédiaire.

La composition du petit lait obtenu par caséification est différente de celle du petit lait préparé par acidification.

Il contient par litre en grammes :

Origine du lait	Eau	Albumine	Lactose	Graisse	Sels
Vache	930	10	50	1	4
Chèvre	910	10	45	4	6
Brebis	920	20	50	3	6

Il est facile de conclure de la composition de ces divers sérums que le petit lait est un médicament diurétique et laxatif.

Les travaux de G. Sée, de Dujardin-Beaumetz, etc., ont établi d'une manière irréfutable les propriétés diurétiques du lactose ; mais par une singulière anomalie, due probablement à l'habitude de ne voir dans l'action d'un médicament végétal ou animal que celle d'un principe immédiat (glucoside, alcaloïde ou autre), l'emploi du petit lait fut dédaigné ; on lui préféra les solutions de lactose commercial préparées en faisant dissoudre 50 grammes de ce sucre dans un litre d'eau : mais la préparation et la purification du lactose sont longues ; quoique livré en masses cristallines il est rarement pur : sa pulvérisation est toujours laborieuse ; sa solubilité dans l'eau est lente ; sa conservation en solution aqueuse étendue est de courte durée ; enfin, comme le fait judicieusement constater le professeur Carles, au point de vue de la saveur et de la tolérance stomacale, surtout lorsque la médication doit être continuée pendant quelque temps, le petit lait est très supérieur aux solutés de lactose.

Les recherches de Traube permettent de considérer le lactose comme évacuant : il suffirait, pour avoir deux ou trois selles, d'ingérer une solution aqueuse de 15 à 20 grammes de lactose, ajoutée à du lait écrémé bouilli et encore chaud. L'action laxative du lactose trouve un auxiliaire utile dans la présence de sulfate de potasse dont le petit lait contient environ 0 gr. 60 par litre.

De plus, le citrate et le lactate de soude constituent des alcalins puissants.

Grâce à ses composants, le petit lait trouverait son application comme autrefois dans les engorgements des viscères abdominaux, les diverses formes de neurasthénie et dans les troubles nerveux, digestifs et cardiaques provoqués par l'usage immodéré des infusions de thé et, de plus, dans les diverses maladies du système circulatoire justiciable d'un traitement par le lactose. On peut l'administrer froid ou chaud à la dose de 500 à 1.000 grammes par jour,

(1) Quelques-uns des renseignements contenus dans cet article sont empruntés aux Drogues usuelles de A. Brissemoret et Joanin. — O. Doin, éditeur.

(2) La presure est le liquide sécrété par le 4e estomac du veau et par certaines glandes spéciales de l'estomac des animaux dont le ferment (lab) caille le lait.

Digitized by Google

pris par verrées. L'expérience a permis de constater que pour qu'il soit digestible et que son usage puisse être soutenu pendant longtemps, il était nécessaire que la coagulation de la caséine fût incomplète : autrement, il est mal toléré et peut causer des vomissements ; aussi, le petit lait à la présure est-il préférable au petit lait officinal.

En Suisse, le petit lait constitue la base du traitement, encore suivi, dit-on, au village de Gais, dans les Alpes d'Appenzel et à Weissenstein sur le Jura, traitement connu sous le nom de *cure de petit lait*, dont j'emprunte les détails à l'excellente monographie de M. Patein : *les purgatifs*.

La cure dure de 6 à 8 semaines au plus : elle consiste à prendre, dès les premiers jours, une dose de 120 grammes de petit lait ; on se promène pendant un quart d'heure au grand air et on prend une seconde dose de 120 grammes environ ; s'il ne survient aucun dérangement intestinal, on peut, au bout de quelques jours, augmenter la dose et prendre dans la journée 4 ou 5 verres de petit lait, mais il faut se garder de toute exagération qui pourrait provoquer des coliques ou des vomissements.

Si, dès le début, le petit lait n'est pas toléré ou si le goût fade déplaît trop, on peut le couper avec une eau minérale gazeuse, alcaline ou même ferrugineuse, ou mieux utiliser le petit lait gazeux, dit *petit lait acidule*, petit lait de chèvre chargé de gaz carbonique à l'aide des appareils ordinaires.

La cure se complète par un régime spécial d'où sont bannis le gibier, les viandes fortes et même le poisson ; les aliments se composent de mouton, volailles, végétaux herbacés : les malades affaiblis recevront une nourriture plus azotée ; les tempéraments irritables, une nourriture plus douce ; l'alcool sera supprimé et le vin coupé d'eau ; les repas seront réguliers et les malade se livreront à un exercice modéré au grand air.

En France, l'indifférence pour le petit lait croissait tous les jours et c'est justement au moment même où elle venait d'atteindre à son apogée, que cette ancienne préparation est devenue, à titre de stimulant, un des agents les plus actifs de la sérothérapie minima. En effet, les longues et patientes recherches du Dr Gimbert ont mis en évidence les propriétés toniques et reconstituantes du petit lait employé en injections sous-cutanées (1). Destiné à l'usage hypodermique le petit lait doit être, dans sa préparation, l'objet de soins minutieux. La formule qui conduit aux meilleurs résultats est celle de Dumouthiers.

On coagule un litre de lait à l'aide d'un gramme de pepsine extractive (2) en ayant soin d'elever la température de 40° à 50° : après 5 heures de repos, le coagulum est jeté sur un linge de toile serrée ; on filtre le petit lait qu'on neutralise ensuite exactement par la soude ; le précipité qui se forme est éliminé par filtration sur du noir animal pur. Le liquide est stérilisé à l'autoclave, refiltré pour séparer les albuminoïdes coagulés puis mis en ampoules dès que sa limpidité reste parfaite : les ampoules scellées sont ensuite stérilisées : de cette façon, l'acidité reparaît et équivaut généralement à 0,30e, à 0,40e d'acide phosphorique par litre.

Le petit lait ainsi préparé contient 0/00

Lactose.....	50 à 56 gr.
Lactates, sulfates, chlorures, phosphates, carbonates..	3 gr.

L'anémie simple, résultant d'hémorrhagies, la chloro-anémie de la jeunesse, l'anémie des névroses, la misère physiologique, celle qui suit les maladies un peu prolongées ont été heureusement modifiées par le petit lait administré longuement en injections sous-cutanées à des doses variant de 5 à 10 ccs.

M. Lereboullet attribue aux sels du petit lait les modifications heureuse qu'amène son emploi dans les diverses affections qui n'ont de commun que l'état de débilité et de dénutrition générale : il semble, toutefois, qu'une part, et non la moindre, peut-être de son action thérapeutique, revienne à la lécithine que contient ce sérum.

Stoklaska a dosé de 0,90 à 1 gr. 13 de lecithine en moyenne par litre de lait de vache ; bien que le dosage de cet élément n'ait jamais été effectué dans le petit, lait sa présence dans ce sérum est un fait acquis (A. Gautier) et il résulte des travaux de B. Danilewski et de Selensky qu'à très petites doses (0,02) la lécithine stéarique en injections sous-cutanées chez des chiens, posséde une action accélératrice manifeste sur les processus biologiques et morphologiques et surtout sur le processus hémato-poiétique dont la rate et la moelle osseuse sont le théâtre. Des recherches plus récentes, dues surtout à Desgrez, tendent à confirmer les propriétés stimulantes des lecithines ; je résumerai ces recherches à propos d'une ancienne formule, due à Guiboust, le sirop d'œufs. — A. B.

CLINIQUE INFANTILE

Accès d'apnée dans la convalescence de la diphtérie. — Une fillette de 10 ans, convalescente de diphtérie, non traitée par le sérum spécifique, entra le 14 juillet à la clinique de W. Ebstein, à Goettingue ; elle présentait une paralysie du voile du palais, de la langue, des cordes vocales, et des troubles moteurs des extrémités inférieures. Les organes étaient indemnes ; il existait à peine une

(1) Lereboullet C. R. *Académie de médecine*, 1899.
(2) La pepsine extractive renferme toujours du ferment tab.

Digitized by Google

trace d'albumine dans les urines. Le 23 juillet, l température, qui était normale, monta subitement à 39°6, la respiration devint fréquente, puis subitement elle s'arrêta. On débarrassa la bouche et la gorge de quelques mucosités, puis on pratiqua la respiration artificielle; l'enfant ne se remit à respirer qu'après trois heures.

Le 25 juillet, la crise d'apnée se reproduisit, mais dura dix heures et demi ; une troisième survint le 26 au soir et dura jusqu'au 28, soit pendant trente-quatre-heures ; une quatrième crise dura neuf heures, et enfin une dernière se déclara le 29 et dura neuf heures ; cette dernière, toutefois, était moins terrible que les précédentes ; par moment, la respiration revenait, puis il fallait de nouveau secourir l'enfant par des mouvements de respiration artificielle. Dans les crises précédentes, par contre, l'apnée était absolue ; l'enfant ne perdait nullement connaissance ; elle articulait péniblement « au secours », et quand on l'engageait à respirer, elle répondait « peux pas ». Chaque crise était précédée d'une ascension thermique. L'enfant finit par guérir complètement de tous les phénomènes paralytiques (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1900).

La méthode de respiration artificielle employée était celle de Sylvester, qui consiste à saisir les bras du sujet au niveau du coude, de les ramener sur la tête, puis de les abaisser jusqu'au contact du thorax en le comprimant dans sa partie inférieure. On répète ce mouvement 16 à 18 fois par minute.

Il est à regretter qu'Ebstein n'ait pas essayé les tractions rhythmées de la langue d'après la méthode de M. Laborde, méthode qui réveille si souvent le réflexe respiratoire inhibé.

Dans la discussion des causes pathogéniques, Ebstein arrive à admettre une intoxication d'origine microbienne, probablement diphtérique, des centres respiratoires dans leur ensemble, intoxication prenant fin après la neutralisation ou l'élimination du virus.

Il termine son article par des félicitations à l'adresse de ses assistants, de ses élèves et de la sœur qui s'étaient astreints avec le plus grand dévouement à pratiquer la respiration artificielle pendant ces longues heures, félicitations auxquelles nous nous faisons un plaisir de joindre les nôtres. — Bd.

CLINIQUE MÉDICALE

Les malformations du cœur. — Bien des faits restent encore inexpliqués dans la question de la cyanose et des manifestations cardiaques ; aucune théorie, par exemple, ne permet d'expliquer, dans tous les cas, la production de la cyanose.

M. Vermeck (*Journal médical de Bruxelles*, février 1900) montre que le rétrécissement pulmonaire n'existe que dans la moitié des cas de malformations cardiaques. La cyanose peut exister sans rétrécissement pulmonaire et le rétrécissement pulmonaire sans cyanose.

Cet auteur publie dans les *Archives de médecine des enfants* (juin 1900) une observation nouvelle de malformation cardiaque sans cyanose, recueillie chez une fillette de quatre ans et demi.

Le cœur présentait : une large communication inter-ventriculaire ; une absence de valvule tricuspide et d'orifice auriculo-ventriculaire droit : un développement incomplet du ventricule droit et de l'artère pulmonaire.

Le sang artériel et le sang veineux se mélangeaient forcément dans l'oreillette et le ventricule gauche et cependant la cyanose et la dyspnée faisaient défaut. L'auteur pense que l'absence de cyanose peut être attribuée à une suroxygénation du sang veineux dans les poumons, les globules rouges saturés d'oxygène en restituant une partie destinée à artérialiser dans l'oreillette gauche le sang des veines caves.

Cette théorie expliquerait l'origine de certaines cyanoses tardives : les lésions broncho-pneumoniques rétrécissant le champ respiratoire rendraient l'hémotose encore plus difficile et provoqueraient la dyspnée et la cyanose. — E. L. M.

Endo-péricardite au cours de la fièvre typhoïde. — M. Guinon a déjà soutenu à plusieurs reprises que les complications cardiaques sont fréquentes chez l'enfant au cours de la fièvre typhoïde. Il cite un nouveau cas d'endo-péricardite observé par lui chez une jeune fille de quinze ans, atteinte de fièvre typhoïde d'apparence régulière (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1900).

Dès les premiers jours de la fièvre typhoïde, sont apparus quelques troubles cardiaques : tachycardie, exagération des bruits, précédant de très peu les signes d'une péricardite sèche d'abord, peut-être avec léger épanchement ensuite, laquelle cacha pendant quelques jours le développement d'une endocardite. Puis l'endocardite prit la première place à mesure que disparaissait le frottement. Le myocarde fut manifestement affaibli par l'existence de ces deux lésions, comme l'indiquait la petitesse et la rapidité du pouls, coïncidant avec une fièvre typhoïde.

Les symptômes fonctionnels de ces cardiopathies multiples ont été : une douleur persistante au creux épigastrique augmentée par la pression, calmée par l'application de glace à son voisinage, la polypnée

Digitized by Google

sans aucune sensation subjective. La glace eut un effet très favorable sur ces manifestations, la sparteïne influença très heureusement la contraction du cœur. — E. L. M.

CHIRURGIE

Traitement des hémorroïdes par le chlorure de zinc. — M. le Dr Julié (*Loire méd.* 1900) a utilisé les propriétés sclérogènes du chlorure de zinc pour le traitement des hémorrhoïdes. Pour cela, après avoir lavé la région, fait une onction de vaseline iodoformée sur le paquet hémorrhoïdaire, on injecte à la base de la tumeur une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Chlorure de zinc	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 — 20
Eau distillée	20 grammes

Les malades n'accusaient aucune douleur ; mais dès le lendemain se produisit une petite réaction inflammatoire, puis se formait un nodule qui disparaissait du 4e au 6e jour, rarement après le 15e. Une injection d'un gramme suffit ordinairement.

Chez plusieurs malades, M. Julié eut d'excellents résultats, et il ne pense pas que, par cette méthode, on puisse avoir des thromboses légères, et, consécutivement des embolies dangereuses, surtout si l'on a bien pris soin de disséminer le liquide en faisant l'injection, puis en faisant consécutivement des lotions locales fréquentes et même en donnant des lavements, si les selles ne sont pas faciles. Cette méthode avait déjà été préconisée antérieurement par Gratiani Catasus qui en aurait obtenu de bons résultats. — S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les moustiques à Paris. — M. Debove. Beaucoup de personnes se rappellent l'abondance à Paris des moustiques pendant les mois d'été, pour avoir subi l'action de ces bêtes incommodes. Dans les pays à malaria, ils paraissent être l'agent principal de la contagion Nous devrions la rareté de cette maladie dans Paris, à ce qu'on n'y rencontre pas la variété de moustiques qui pratique cette inoculation.

Personne, toutefois, n'oserait affirmer que les moustiques parisiens ne transmettent aucune maladie infectieuse En tout cas, ce n'est pas une raison pour favoriser leur développement comme nous le faisons.

On voit en effet que les larves de moustiques ne peuvent se développer que dans l'eau stagnante ; elles ne peuvent se développer ni dans l'eau courante, ni dans l'eau stagnante dans laquelle on a versé une très petite quantité de pétrole.

Il y a lieu de demander que la ville de Paris supprime ses eaux stagnantes dans les places et jardins publics. Si elle n'est pas assez riche en eau pour les entretenir d'eau courante, qu'elle y fasse verser la petite quantité de pétrole nécessaire pour arrêter le développement des moustiques.

M. Laveran. — Il n'est pas douteux que les moustiques sont devenus dans ces dernières années plus communs à Paris, qu autrefois. Cependant ils ne semblent pas faire courir de grands dangers à la population parisienne ; en effet, les moustiques qui transmettent la filariose et le paludisme, ne sont pas de la même espèce que ceux observés à Paris

Quoi qu'il en soit, les moustiques sont assez gênants pour qu'il soit nécessaire de se protéger contre eux.

Comme M. Debove l'a proposé, l'Académie rendrait un véritable service à la population parisienne en demandant que l'Administration prenne les mesures nécessaires pour empêcher la pullulation des moustiques.

Composition minérale de l'organisme de l'enfant nouveau né. — M. Hugounenq incinérant en vase clos un fœtus à terme du poids de 3 kilogs environ, trouve un résidu de 100 grammes de cendres en moyenne, L'analyse de ces cendres, formées de substances minérales, donne le résultat suivant :

Anhydride phosphorique	35 gr. 28
Chaux	40 — 48
Magnésie	1 — 51
Chlore	4 — 26
Anhydride sulfurique	1 — 50
Peroxyde de fer	0 — 39
Potasse	6 — 20
Soude	8 — 12
Anhydride carbonique	1 — 89

(9 *avril*).

ACTUALITÉS

L'étiologie de la fièvre typhoïde au Sénat

C'est avec une joie sans mélange que les amants de la vérité ont vu surgir au Sénat la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'armée.

On ne peut qu'être reconnaissant de cette réminiscence à un sénateur médecin, ancien médecin militaire, ancien député, M. Treille, qui a attaqué, avec l'ardeur juvénile qu'on lui sait, l'étiologie hydrique ; peut-être a-t-il dépassé la mesure, mais il a attaché le grelot, et il y a toujours un certain courage à accomplir cette besogne difficile, même en dehors du monde des rats.

L'humanité est toujours prête à tressaillir d'espérance quand lui apparaît un sauveur, même sous la figure de M. de Freycinet, même sous celle de M. Dujardin-Beaumetz (cousin du regretté thérapeute de Cochin).

Digitized by Google

Aussi, en 1890, quand ces deux *Salvatores* annoncèrent ou firent annoncer, soit dans les assemblées politiques, soit dans les sociétés savantes qu'enfin l'on allait voir disparaître la fièvre typhoïde de l'armée, qu'ils avaient trouvé moyen de juguler ce fléau de nos contingents, chacun applaudit, civils et militaires, sénateurs et députés, savants et ignorants. Ce n'etait pas un dire de charlatan dont il s'agissait, ce n'était pas une simple affirmation lancée au hasard, on apportait des preuves convaincantes, écrasantes, irréfutables.

D'année en année, on voyait s'abaisser la mortalité comme la morbidité ; la progression salutaire, providentielle semblait suivre les travaux d'installation des filtres, encore quelques millions et l'œuvre serait achevée et dans un temps qu'on prévoyait très court (le temps de poser quelques batteries de bougies) le typhus abdominal n'existerait plus qu'à l'état de souvenir néfaste, et si de temps à autre on voyait éclore, fleurs funestes mais rarissimes, quelques cas de fièvre typhoïde, les médecins se rassembleraient, viendraient de loin pour observer un cas de cette maladie oubliée. N'avait-on pas eu quelque chose d'analogue à Vienne, nous a conté M. X, peu après la communication retentissante de M. Brouardel.

C'est à cette époque qu'il y eut une véritable orgie d'éloges dithyrambiques faits par des médecins militaires sur ce grand ministre qui... que... Mais celui qui l'avait inspiré ce ministre, celui qui était l'athlète ayant terrassé l'hydre d'Eberth, c'était évidemment un médecin et tout le monde chuchottait discrètement son nom, celui du directeur du service de santé au ministère de la guerre, qui avait assurément soufflé le ministre de la guerre.

Un directeur du service de santé qualifiait de *phare* cette idée de l'étiologie hydrique, un autre ne se contentait pas de prouver la diminution par an, il la démontrait par mois, par semaines, j'allais dire par heure.

Tout était parfait, tout était prévu, pas d'objections à poser, on les pulvérisait. Quelques cas de fièvre typhoïde avaient éclaté en telle caserne, mais les malades avouaient que, délaissant la savoureuse eau de boisson issue de la bougie filtrante, ils avaient bu un verre chez le marchand de vin voisin du quartier et comme naturellement ce vin était mouillé, qu'il l'était avec de l'eau sale, des cultures d'Eberth, ils avaient dans l'infâme repaire ingéré le poison typhique (1). S'ils reconnaissaient avoir mis de l'eau dans leur vin, la victoire était encore plus éclatante, et ces observations épidémiologiques équivalaient à des expériences de laboratoire.

Et l'argument que les anti hydristes avaient cru tirer de l'épidémie retombait sur leur tête les écrasant sans toutefois les réduire au silence.

(1) Les habitants buvaient impunément cette eau contaminatrice mais, dit un rapport officiel « Les habitants soumis pendant de longues années à cette lente intoxication, finissent par contracter une immunité relative et constituent un terrain peu favorable au développement des épidémies. »

Il nous souvient que vers cette époque, il y eut au lycée de Brest, caserne en miniature, une épidémie de fièvre typhoïde, — elle n'atteignit que les internes, les seuls qui aient bu l'abondance, salutaire d'ordinaire, mais cette fois meurtrière. L'eau du lycée était contaminée, seuls ceux qui s'en étaient abreuvés étaient atteints, les externes qui n'ingéraient que de l'eau famillale étaient indemnes.

Soudain, note discordante, en cet harmonieux concert, on apprend qu'un externe est frappé. Fâcheux incident, on allait appliquer l'argument : exception confirme règle et clot la discussion.

Mais on enquête, on cherche, on furète, et bientôt un cri éclatant de victoire se fait entendre ; l'externe était fils du concierge, et buvait l'eau sale l'eau microbienne. Non, l'exception ne confirme pas la règle. Pas d'exception.

C'était vraiment trop beau, et en vérité on avait envie en face de cette théorie nouvelle de rappeler ce dicton populaire et souvent juste : trop poli pour être honnête.

Boire eau propre : pas de fièvre typhoïde.

Boire eau eberth : fièvre typhoïde.

Formule unique, formule définitive réglant tout pour le présent et le futur.

Quelques esprits chagrins, rétrogrades alléguaient bien que, peut-être l'eau n était pas la seule coupable, que la contagion jouait parfois un rôle, que les poussiéres en avaient aussi. On citait certaine épidémie dans une caserne russe.

M. Kelsch mettait en avant ses idees. Dans un rapport à la Société d'hygiène publique, croyons-nous, M. X parlait timidement (oh combien !) d'autres origines possibles, mais tout cela en tapinois, anxieusement, à voix basse, in petto, dans les coins que connaissent les rapporteurs officiels en général.

Le regretté Arnould était aux gémonies, cet esprit paradoxal retardait et avec lui ses quelques rares partisans, gens arriérés, timorés, ne sachant pas aller en avant, rattachés à Hippocrate.

Il y eut là un véritable moment d'enivrement médical où beaucoup, la plupart, tous crurent de bonne foi à la vérité de la théorie hydrique, et pensèrent qu'avec des filtres, pas tous, mais des bons, on allait supprimer une maladie de la nosologie.

On ne perdit pas une minute, le ministre nomma une commission composée d'un grand nombre de membres : Quel est le meilleur filtre, demandait le ministre, hâtons-nous, voyez tous les inventeurs, expérimentez, travaillez, sursum corda, et que s'accomplisse la plus grande pensée du règne.

On travailla, on filtra, on infiltra, on cultiva, on inocula, et l'on arriva à cette conclusion qu'aucun filtre n'était bon pendant huit jours. Il fallait restériliser pour rebonifier le filtre le moins néfaste ; filtre non coupable, qui d'ailleurs ne laissait rien passer, mais dont les pores pouvaient servir de tuyau de communication aux flores bactérienes, lesquelles progressant de jour en jour, arri-

Digitized by Google

vaient à la surface interne de la bougie et ensemençaient l'eau la plus parfaite.

Il fallait pourtant répondre, il était deux façons de le faire ; on pouvait dire, écrire : le moins mauvais des filtres est le filtre X, ou le meilleur des filtres est le filtre X ; on s'arrêta à cette deuxième rédaction, qui était favorable, polie, aimable et mettait entre les mains du ministre l'instrument nécessaire à l extinction de la fièvre typhoïde.

Et alors, on installa filtre sur filtre. Aimez-vous les bougies ? On a mis partout. Dans telle ville que nous pourrions citer, l'analyse bactériologique répondait que l'eau était parfaite, des plus pures, c'était un cristal. Peu importait, on installait « la batterie de cuisine » comme dit inélégamment M. Treille, parce que cette eau, bonne aujourd'hui, pouvait être mauvaise demain. Et les crédits ne savaient être refusés puisqu'il s'agissait de la santé de nos soldats.

Nous ne voulons pas suivre cette odyssée commerciale qui a eu tout au moins le mérite d'enrichir des gens autres que des pharmaciens et des médecins, mais nous rappellerons succinctement qu'aux bougies isolées succédèrent les batteries, puis les grands filtres dans des réservoirs de fonte, qu'on n'arrivait jamais à stériliser, puis le nettoyeur André, puis les grils, pour stériliser par la chaleur, puis tant d'autres choses que j'ignore.

Si un esprit non prévenu avait voulu à cette époque examiner les prétendus multiples arguments des hydristes, il aurait facilement constaté que la foule des preuves se réduisait à une : la statistique et en particulier la statistique militaire.

C'est du snobisme que de proférer des injures contre les statistiques, on sait ce qu'en vaut l'aune bien qu'on s'en serve toujours pour soutenir les bonnes comme les mauvaises causes.

En cet heureux temps, il régna une réelle terreur dans l'armée parmi les médecins militaires ; on n'osait à peine prononcer le mot funeste ; des indépendants, il y en a partout, eurent l'audace d'avoir des épidémies ; immédiatement fondirent sur eux demande de rapports détaillés, observations, plans, examen de chaque bougie, etc., puis vinrent les médecins chefs, les directeurs de corps d'ar : ée et le grand promoteur de l'idée, le directeur du service de santé au ministère de la guerre ne dédaignait pas d'enquêter lui-même quand ses prédécesseurs d'enquêtes n'avaient pu desceller la fissure. Et alors toujours on trouvait une bougie percée, fendue, félée, ou un joint en caoutchouc mal posé, ou une cruche récipiente mal stérilisée au coaltar ou au permanganate ou au crésyl, ou à l'eau de chaux.

Et qu'advenait-il au malheureux médecin militaire? Un blâme, une punition pour sa négligence coupable ; car avec de bons filtres, bien surveillés, bien entretenus, bien nettoyés chaque jour, bien stérilisés chaque semaine, on ne devait pas avoir d'épidémies. Les colonels eux-mêmes sentaient frissonner leurs galons : il y eut des hommes spécialement attachés aux batteries filtrantes, ils furent menacés des punitions les plus graves si un seul microbe passait On en perdait un peu la tête, mais on se taisait devant la beauté, la splendeur des résultats.

Car, en effet, la fièvre typhoïde diminuait comme l'avait annoncé M. de Freycinet, organe officiel de M. Dujardin-Beaumetz, 887 en 1890 ; 896 en 1891 ; 1026 en 1892 avec des négligences ; puis 808, etc. Toutefois on vit bientôt que, après avoir atteint un certain chiffre, malgré la multiplication des bougies, la diminution s'arrêtait et restait stationnaire. D'ailleurs à cette époque le directeur d'un journal médical fit remarquer dans un article, qui n'eut malheureusement pas de lendemain, que par une singulière bizarrerie, à mesure que diminuait la fréquence des cas de fièvre typhoïde dans l'armée, la gravité s'en exagérait, et l'on arrivait à une mortalité de 18 à 20 0/0 et même davantage alors qu'autrefois elle était de 5, 6,10. Peut-être disait-on, cette aggravation tenait elle à ce qu'on ne traitait point par les bains froids. Il fallait examiner si les corps d'armée traitant par l'eau froide n'avaient pas une mortalité moindre, car nul n'ignore que la balnéation froide *doit* réduire à 5 0/0 la mortalité typhoïdique et il y eut un médecin-inspecteur directeur de corps d'armée qui fit une circulaire ordonnant à tous les médecins de son corps d'armée de traiter les fièvres typhoïde par l'eau froide.

Du reste, l'article passa inaperçu ou à peu près, peut-être volontairement, et personne ne songea à approfondir cette singulière aggravation de la mortalité coïncidant avec la diminution de la morbidité.

La solution était simple, on était tellement sûr d'un « abattage » si l'on avait des fièvres typhoïdes qu'on évitait le plus possible d'écrire ce malencontreux diagnostic. On soignait des fièvres typhoïdes (avec ou sans eau froide) mais sous le nom de typhoïdette, d'embarras gastrique, d'embarras gastrique fébrile.

Quand il y avait décès, il était bien difficile d'admettre l'embarras gastrique quand l'affection durait des semaines et des mois, il était délicat de soutenir le diagnostic, mais en somme on raréfiait les cas le plus possible : *ad majorem statisticae gloriam.*

Cette étiologie hydrique avait d'ailleurs le double avantage de plaire au grand maître de la médecine militaire tout en contribuant à étendre sa réputation et de satisfaire le commandement. Si un médecin militaire faisait observer devant des cas de fièvre typhoïde dans son régiment, que, peut-être on fatiguait les hommes, que les chambres laissaient à désirer comme cubage, comme propreté, etc., que la nourriture n'était pas la meilleure possible, que les jeunes soldats devraient être ménagés, que... que... Victorieusement on répondait que tout cela était vieux jeu, que le fameux encombrement avait fait son temps, que le surmenage n'existait que dans la tête des badernes médicales, que du moment qu'on avait de l'eau propre, pure, de l'eau ayant passé par les filtres ad hoc, nettoyés, stérilisés, dor-

Digitized by Google

lotés, choyés, on pouvait impunément fatiguer, surmener, encombrer, empoisonner, etc Et piteux, le médecin-major n'osait pas toujours insister, car il savait que si l'on en appelait à son supérieur hiérarchique suprême, le commandement aurait raison et lui, tort, et il s'en allait tête basse, in petto disant : E pur, il y a de la fièvre typhoïde. Aujourd'hui encore, je n'oserai signer cet article, car me tomberaient sur le crâne les anathèmes les plus touffus, l'injure la plus grave qu'on puisse adresser à un critique : l'ignorance.

Il n'est pas encore permis de dire que l'eau n'est pas tout dans la fièvre typhoïde, de même que la contagion n'est pas tout dans la tuberculose, sans qu'immédiatement, sans même vous combattre, sans même chercher à rétorquer les timides arguments, on vous tourne le dos vous écrasant d'un sourire méprisant, plus injurieux qu'une injure.

L'eau propre est bonne à boire, l'eau sale est mauvaise à boire, nul ne contestera cette vérité la Palissiène, mais nous sommes néanmoins bien aise qu'on revienne un peu sur la question, et nous terminons comme nous commencions en remerciant M. Treille d'avoir attaché le grelot. — Jean Jacques.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement pratique de l'épilepsie, par Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. des *Actualités médicales*. Chez Baillière, éditeur.

Le Dr Gilles de la Tourette considère que l'épilepsie est justiciable des sels de bromure; c'est le meilleur sinon le seul traitement à mettre en œuvre. Mais il faut savoir administrer les sels de bromure; il faut n'en donner ni trop ni trop peu; la dose qui guérit, la dose suffisante de bromure s'établit sur certain signe physique fourni par les pupilles.

M. Gilles de la Tourette établit les règles d'administration du bromure à la dose suffisante; puis il indique les accidents généraux et locaux du bromure L'hygiène des épileptiques fait l'objet d'un chapitre. Puis viennent les adjuvants de la cure bromurée, le traitement des accès, le traitement de quelques variétés d'épilepsie, etc.

La mécanothérapie. *Application du mouvement à la cure des maladies*, par le Dr L. Regnier, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité. 1 vol. des *Actualités médicales*. Chez Baillière, éditeur.

La mécanothérapie s'applique au traitement de toutes les affections qui peuvent bénéficier de l'emploi de la gymnastique; elle joue un rôle important comme auxiliaire des indications ordinaires dans nombre de maladies.

Elle est indiquée dans les traumatismes portant sur les os et les articulations, contorsions, entorses, luxations, arthrites, fractures. Elle s'associe à l'électrothérapie dans le traitement des affections des muscles et des nerfs, myosites, paralysies, névroses, névralgies.

Elle doit être recommandée dans certaines maladies des appareils circulatoire et respiratoire, dans les maladies par ralentissement de nutrition, dyspepsies, ptoses viscérales, obésité, diabète, enfin dans les maladies des femmes et les déformations de la taille.

L'auteur passe d'abord en revue les appareils employés : appareils à mouvements actifs et à mouvements passifs, appareils électriques pour le massage vibratoire et appareils d'orthopédie. Puis il fait connaître les effets thérapeutiques de la mécanothérapie, ses indications et ses contre-indications dans les diverses maladies énumérées plus haut.

Tous les praticiens qui liront ce petit volume seront au courant de cette médication nouvelle.

Accouchements et maladies des femmes en couches, par Goulard et Bué (de Lille); chez Vigot, éditeurs.

Ce livre s'adresse surtout aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront l'exposé des principales indications thérapeutiques fournies par les cas en présence desquels ils se trouvent journellement; c'est un véritable manuel de pratique journalière d'accouchement. Les auteurs n'ont pas voulu écrire un nouveau traité d'accouchement, mais simplement un livre de thérapeutique obstétricale sans théories ni phrases inutiles; ils ont atteint leur but. Aussi sommes-nous persuadés que leur ouvrage sera goûté des étudiants et des praticiens auxquels il rendra de réels services.

Urologie pratique et thérapeutique nouvelle, par H. Joulie, pharmacien des hôpitaux de Paris. 1 vol. chez Doin, éditeur.

Dans cet intéressant travail, l'auteur nous donne une façon très pratique de mesurer l'acidité urinaire et de connaître ainsi les vices de nutrition de l'organisme. Ses recherches, basées surtout sur une auto-observation, sont des plus instructives, car il en découle des conséquences thérapeutiques primordiales, à savoir relever l'acidité lorsqu'elle est au-dessous de la normale, l'abaisser lorsqu'elle est trop élevée. L'étude de la médication phosphorique y est très longuement traitée, et les bons résultats que le clinique a pu retirer de cette thérapeutique rationnelle nous montrent qu'il y a là une voie encore insuffisamment explorée de la médecine, et les recherches faites par M. Joulie pour élucider toutes ces questions lui font le plus grand honneur et méritent toutes nos approbations.

Alcaloïdes usuels, par le Dr Barnay. — Un vol. à la Société d'Editions scientifiques.

L'étude des alcaloïdes employés dans la thérapeutique courante est faite dans ce livre d'une façon très claire. A propos de chaque alcaloïde, l'auteur traite d'abord l'alcaloïde lui-même, puis ses propriétés physiologiques, ses indications thérapeutiques, ses modes d'administration et doses, et enfin sa toxicologie. C'est assez dire tout l'intérêt pratique qui se dégage de la lecture de ce travail.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Conférences de clinique infantile*, par le Dr Variot. Ces conférences commenceront le *mardi 16 avril* à 10 h. 1/2, salle Gillette, et continueront les mardis de chaque semaine à la même heure.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement de l'eczéma (1).

Par GAUCHER,
Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Le traitement de l'eczéma doit remplir deux indications ; il doit être dirigé contre la cause de la maladie, d'une part, contre la lésion, d'autre part : il doit être, en un mot, *étiologique* et *anatomique*.

La *cause primordiale* de l'eczéma doit être cherchée dans une manière d'être de l'économie, dans ce que l'on appelait autrefois l'arthritisme, dans ce que l'on appelle aujourd'hui le *ralentissement de la nutrition :* vous savez qu'on désigne sous ce nom une altération humorale résultant de l'oxydation incomplète des matières azotées dans l'économie. La véritable cause de l'eczéma est donc une cause interne, une *auto-intoxication*.

Dans certains cas, cette *dermatose diathésique* qu'est l'eczéma peut être modifiée par le terrain lymphatique, et prendre de ce fait un cachet spécial : c'est alors un eczéma torpide et peu réactionnel, devenant facilement impétigineux par infection secondaire.

A côté de cette cause interne, primordiale, des *causes occasionnelles* peuvent déterminer des éruptions eczématiformes qui, chez les prédisposés, chez les diathésiques, deviennent rapidement de l'eczéma vrai. Telles sont toutes les irritations cutanées, par des agents physiques, chimiques ou animés : chaleur, froid, action des savons, de la potasse, de la chaux, présence de la gale, etc.

Telles sont aussi des causes qui apportent dans l'organisme un trouble important, et créent ainsi un terrain favorable au développement de la dermatose : de ce nombre sont la menstruation, la ménopause, l'établissement de la première dentition chez les enfants.

De ce nombre encore sont ce que l'on a appelé les eczémas de causes nerveuses, bien à tort, d'ailleurs, car ce sont en réalité des eczémas diathésiques, développés sous l'influence d'un traumatisme, d'une émotion, d'une colère, d'une peur.

Telles sont, Messieurs, les bases étiologiques sur lesquelles doit être appuyé le traitement de l'eczéma. Quelles en sont maintenant les bases anatomiques ? Je vous ai dit que l'eczéma était une *dermatose congestive et inflammatoire :* congestion des vaisseaux du derme, prolifération embryonnaire du tissu conjonctif des papilles, telles sont les lésions anatomiques de la maladie. Au bout d'un certain temps, ces lésions passent à l'état chronique, et la prolifération embryonnaire se transforme en sclérose, avec épaississement et induration du derme.

Vous pouvez en déduire, dès maintenant, que la thérapeutique anatomique de l'eczéma sera différente suivant que cet eczéma sera aigu ou chronique : contre l'eczéma aigu, vous emploierez une médication calmante et décongestionnante ; contre la forme chronique, une médication résolutive et substitutive, cette dernière consistant à déterminer une poussée aiguë que l'on guérit ensuite plus facilement : on fait ainsi de l'homœopathie externe et bien comprise.

Ces considérations générales me permettent d'aborder maintenant le traitement de l'eczéma, que je diviserai en deux parties, le traitement étiologique ou interne, le traitement anatomique ou traitement local.

Le *traitement interne* de l'eczéma est commun aux formes aiguës et aux formes chroniques. Et tout d'abord, avant de vous exposer la médication diathésique, la médication causale proprement dite de la maladie, je dois vous dire quelques mots sur sa *médication prophylactique*.

Celle ci consiste à supprimer, chez les prédisposés, toutes les causes occasionnelles qui peuvent provoquer l'apparition de l'eczéma. Je vous ai énuméré ces diverses causes occasionnelles : vous saurez donc soustraire la peau, chez les arithritiques, aux irritations extérieures ; vous recommanderez aux blanchisseuses de ne plus mettre leurs mains nues dans l'eau, aux maçons d'éviter le contact avec la chaux et le ciment, etc.

Une autre indication prophylactique de la plus haute importance consiste à supprimer de l'alimentation toutes les substances nuisibles. Il faut aux eczémateux ou aux prédisposés un *régime spécial*, basé sur la notion suivante : éviter l'introduction dans le tube digestif de subtances fermentées ou facilement fermentescibles et d'aliments azotés renfermant des substances extractives.

Il faudra donc défendre, d'une façon absolue, le *bouillon de viande* ou *bouillon gras*, qui renferme toutes les substances extractives de la viande, depuis la créatine, qu'en avait retirée Chevreul, jusqu'à la leucine et la tyrosine. La même interdiction s'étendra au *poisson*, que ce soit du poisson de mer ou du poisson d'eau douce, avec cette restriction que vous pourrez permettre le poisson frais; mais j'entends frais au point de vue chimique, en ce sens que seul peut être considéré comme tel le poisson cuit immédiatement après sa mort : la chair du poisson

(1) Leçon recueillie par H. Bernard, interne des Hôpitaux.

Digitized by Google

est en effet une albumine altérable en quelques heures, et le poisson consommé loin de l'endroit où on l'a pêché est toujours nuisible. Il n'est pas nuisible quand il est frais et c'est pour cela que les populations ichthyophages, habitant le bord de la mer ou des rivières, ne sont pas plus sujettes à l'eczéma que les autres.

Dans le même ordre d'idées, vous interdirez le *gibier*, la *charcuterie*, la *triperie*, les *fromages fermentés*.

Il est encore une catégorie d'aliments à proscrire, les *aliments acides* ; l'arthritisme, en effet, est une dyscrasie acide, caractérisée par la tendance des humeurs à devenir plus acides que normalement, probablement par excès d'acide urique. Supprimez donc de l'alimentation l'oseille, les tomates, les fruits acides.

Défendez enfin l'*alcool*, les *liqueurs* de toutes sortes, le *vin pur*, les *boissons excitantes* comme le thé et le café.

Ce régime, comme vous le voyez, est le régime prescrit à tous les arthritiques, néphrétiques, dyspeptiques : et l'eczéma n'est, en effet, que l'un des anneaux d'une chaîne constituée par ces différentes affections.

Lorsque vous aurez supprimé de l'alimentation tout ce que je viens de vous dire, que restera-t-il ? Il restera d'abord un aliment idéal, complet, le *lait*, qui pourra former la base de l'alimentation chez les enfants. Chez les adultes, outre les *laitages* et les *œufs*, vous recommanderez les *végétaux au maigre* c'est-à-dire préparés au lait ou au beurre, la *viande* en petite quantité, *rôtie ou bouillie*, sans le bouillon; cette dernière est la moins nocive, parce qu'elle est débarrassée par l'ébullition de la plupart de ses substances extractives. Les *fruits* bien mûrs ou cuits seront également permis, ainsi que les fromages frais.

Dans le même but, et comme adjuvant du régime, vous pouvez chercher à vous opposer aux fermentations intestinales ; mais c'est là une indication difficile à remplir : la plupart des antiseptiques sont des toxiques, et vous ne pouvez, en conséquence, les employer à dose suffisante pour désinfecter de façon utile le tube digestif. Parmi eux, je vous citerai le *benzo-naphtol*, que je ne condamne pas, mais pour lequel je n'ai pas un grand enthousiasme, car son action est bien minime. Le meilleur antiseptique du tube digestif est son lavage, comme le meilleur moyen de nettoyer la façade d'une maison est de la passer à l'eau ; ce lavage est obtenu par la médication évacuante, *purgatif ou laxatifs répétés*.

J'arrive à la *médication diathésique* ou causale proprement dite ; celle ci est plus difficile à réaliser, car si nous connaissons un peu la cause de l'eczéma, nous sommes encore ignorants de son spécifique. Toutefois, se basant sur la théorie de la dyscrasie acide, on donne des *alcalins* ; vous vous adresserez donc au bicarbonate de soude, au carbonate de lithine, au benzoate de soude, exceptionnellement au salicylate de soude qui, par lui-même, peut être la cause d'éruptions cutanées.

Vous pouvez prescrire ces alcalins en poudre et en cachets, à moins que vous ne préfériez donner à votre malade une ou deux cuillerées à soupe par jour du *sirop alcalin* de l'ancienne pharmacopée, ainsi formulé :

Bicarbonate de soude.....	15 grammes
Sirop simple.....	250 —

Je vous recommande également les *eaux minérales alcalines*, prises soit à la source, soit à domicile, et parmi elles les eaux de Vichy et de Vals, c'est-à-dire les eaux alcalines fortes ; les autres sont trop faibles et insuffisantes. Cependant, certaines eaux minérales diurétiques, quoique peu alcalines, pourront vous rendre des services, ce sont les eaux de Vittel et de Contrexéville.

Enfin, dans certains cas, l'emploi d'une *eau purgative faible*, comme celle de Châtel-Guyon, sera utile en déterminant un flux intestinal modéré, une sorte de révulsion interne. Chez les malades bien portants et robustes, l'eau de Carlsbad, plus forte, remplira la même indication ; vous pouvez d'ailleurs la remplacer par une cuillerée à café de sel de Carslbad dans 200 grammes d'eau chaude administrée chaque jour pendant trois semaines ou un mois.

Si votre malade, au lieu d'être un arthritique est un lymphatique, adressez-vous aux *eaux sulfureuses faibles*, parmi lesquelles je vous en recommande particulièrement deux, celles de Saint-Gervais, et celles de Saint Honoré. Les eaux des Pyrénées sont trop actives, en raison de leur surcharge en sulfure de sodium : une seule peut être employée, mais elle est cuivreuse styptique et non sulfureuse, c'est l'eau de Saint-Christau.

Adressez-vous aussi aux *médicaments reconstituants*, surtout chez ces enfante lymphatiques, bouffis, qui font si facilement de l'eczéma impétigineux ; donnez-leur de l'huile de foie de morue ou de préférence du sirop iodo-tannique.

Il me reste à vous parler d'un médicament interne dont on a voulu faire un médicament diathésique, je veux dire l'*arsenic*. Or, l'arsenic n'est pas un médicament spécifique de l'eczéma, mais seulement un puissant modificateur de l'épiderme ; il est absolument contre-indiqué dans toutes les poussées eczémateuses aigües ; il est au contraire indiqué dans l'eczéma chronique, surtout chez cette catégorie

Digitized by Google

d'arthritiques que j'ai dénommés les arthritiques secs, à tendance scléreuse, les anciens herpétiques de Bazin, par opposition aux arthritiques gras à tendance goutteuse, auxquels conviennent surtout les alcalins.

Jusqu'à ces derniers temps, on donnait l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou de liqueur de Pearson, ou encore sous forme de granules de Dioscoride. Aujourd'hui, grâce au Pr Gautier, nous possédons une combinaison organique de l'arsenic, le *cacodylate de soude*.

Nous possédons aussi, et en France seulement, des *eaux minérales arsenicales*, les eaux de la Bourboule et celles de la source Dominique de Vals; c'est là une manière agréable et commode d'administrer l'arsenic.

Voilà, Messieurs, la synthèse du traitement étiologique ou interne de l'eczéma. Quel est son *traitement anatomique ou local*? Nous avons déjà vu qu'il était différent, suivant que l'on avait à combattre des poussées eczémateuses aiguës ou un eczéma chronique.

Avant de vous dire ce qu'il faut faire contre les *poussées eczémateuses aiguës*, je désire vous dire d'abord ce qu'il ne faut pas faire, car l'eczéma est une des maladies dans lesquelles le médecin peut être le plus nuisible; eh bien, Messieurs, retenez que *tous les irritants* sont nuisibles; les pommades et les poudres les plus inertes entretiennent la dermatose.

L'eczéma est guérissable par l'eau, et par l'eau seule; appliquez sur les surfaces malades des pansements humides tels qu'on les emploie en chirurgie : ce sont des compresses de tarlatane bouillies et imbibées d'eau bouillie, appliquées en permanence et recouvertes d'une mince feuille de gutta-percha laminée, ou, à son défaut, de taffetas gommé ; ces pansements doivent être renouvelés matin et soir.

L'eau bouillie peut-être remplacée par de l'eau boriquée, mais quelquefois l'eau boriquée elle-même est irritante.

En dehors de ce traitement antiphlogistique, une substance m'a encore donné de bons résultats, c'est l'*acide picrique*, en applications locales ; mais il ne faut pas appliquer sur les surfaces malades des compresses imbibées d'acide picrique, sous peine de déterminer une violente inflammation; il faut simplement badigeonner la surface avec un pinceau d'ouate, trempé dans une solution aqueuse d'acide picrique au centième ; on recouvre ensuite d'un pansement ouaté qu'on enlève au bout de 48 heures, pour surveiller l'action du topique: quelquefois, même avec les précautions que je vous ai indiquées, il y a irritation de la peau et il faut alors arrêter le traitement picriqué et recourir au pansement humide d'eau bouillie; sinon, si l'assèchement de la surface commence, continuez le traitement.

Cependant, il est des cas dans lesquels l'abondance du suintement contr'indique l'emploi, au moins immédiat, du pansement humide : saupoudrez alors la surface suintante avec une poudre inerte, la poudre d'amidon, par exemple, pour concréter l'exsudat, puis appliquez seulement alors les pansements humides.

De même, lorsqu'il y a des croûtes très épaisses, le pansement humide est parfois insuffisant pour les détacher; vous pourrez alors appliquer des *cataplasmes d'amidon cuit refroidis*; pour ce faire, délayez de la poudre d'amidon en petite quantité dans un peu d'eau tiède; puis, tout en agitant constamment, versez dans le mélange de l'eau bouillante ; à un moment donné, ce mélange devient gris, de consistance gélatineuse ; faites alors votre cataplasme, que vous laissez refroidir et que vous appliquez froid.

On a voulu remplacer le cataplasme d'amidon par le *caoutchouc*, mais on obtient en général de mauvais résultats de ce traitement, car le caoutchouc forme un revêtement imperméable sous lequel les produits d'excrétion fermentent facilement. Je fais une exception cependant pour l'eczéma du cuir chevelu, mais à une condition, c'est que l'on ait deux calottes de caoutchouc, de sorte que, pendant que l'une est appliquée, l'autre puisse tremper pendant plusieurs heures dans l'eau boriquée, et être bien nettoyée.

Lorsque, sous l'influence du traitement, la poussée aiguë d'eczéma est guérie, il peut être mauvais de continuer les pansements humides qui, à la longue, peuvent amener le ramollissement de la peau. Contentez-vous alors de recouvrir l'épiderme d'un *enduit protecteur* qui lui permette de se reformer ; c'est alors que vous pouvez employer les pommades à base de *poudres inertes*, amidon, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth dans la proportion de un pour dix, ou encore une pommade plus astringente, la pommade au *dermatol* à 1/10.

Le traitement de l'*eczéma chronique* est différent. Commencez ici par faire tomber les croûtes, en même temps que vous calmez l'inflammation et que vous ramollissez la peau, au moyen de *bains* : bains d'amidon, bains alcalins, bains d'eaux minérales naturelles (Saint-Gervais, la Bourboule, Royat).

Puis, sur les surfaces eczémateuses, appliquez des substances irritantes, astringentes, faites, en un mot, une *médication substitutive*. On a conseillé et vanté tour à tour un grand nombre de ces substances : je vous indiquerai seulement les meilleures. Parmi celles-ci, la première sans contredit est l'*huile de cade*, mais l'huile de cade vraie, pure, *extraite du*

Digitized by Google

genévrier, et non l'huile de cade extraite de la houille; je vous conseille de toujours spécifier sur vos ordonnances : huile de cade de genévrier. Vous les distinguerez d'ailleurs facilement : l'une, la vraie, a des reflets rougeâtres; l'autre, celle de houille, est complètement noire.

Vous pouvez employer l'huile de cade pure, mais, le plus souvent, et suivant le degré d'irritabilité de la peau, il faut la diluer avec de l'huile, dans les proportions de 1/2, 1/3, 1/5, 1/10, ou en pommade dans les mêmes proportions. Une autre manière de l'employer, c'est le *collodion cadique* : mais ce collodion doit être préparé de la façon que je vais indiquer, et il n'est applicable que dans les eczémas chroniques limités, nummulaires, secs ou complètement torpides. Ce doit être du collodion à l'acétone et non pas du collodion à l'éther : il doit en outre avoir une certaine épaisseur et être composé de 8 à 10 grammes de fulmi-coton dans 92 ou 90 grammes d'acétone. Dans ce collodion ainsi préparé, vous incorporerez l'huile de cade dans la proportion du tiers. Vous formulez, par exemple :

Collodion à l'acétone.....	20 grammes
Huile de cade pure de genévrier	10 —

Dans ce mélange vous trempez un pinceau d'ouate avec lequel vous badigeonnez la surface eczémateuse, sur laquelle vous laissez un enduit qui sèche facilement.

L'huile de cade a des inconvénients, son odeur, sa couleur (elle tache la peau); en outre, elle peut être la cause d'une éruption artificielle papulo-pustuleuse, l'acné cadique, lorsque son emploi est prolongé. Pour toutes ces raisons, on a essayé de la remplacer par diverses substances.

Parmi celles ci, je vous citerai d'abord l'*ichthyol*, que je vous dissuade d'employer, parce que c'est une mauvaise préparation ; l'ichthyol, en effet, n'est pas un produit naturel, comme vous pourriez le croire, mais un produit fabriqué dans une usine allemande avec des résidus de pétrole traités par l'acide sulfurique, et neutralisés par l'ammoniaque ; de cette préparation chimique on a fait le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque. Ces faits m'ont été révélés par M. Lutz, l'ancien et distingué pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.

Le *tannin* est un bon médicament que l'on peut employer sous forme de pommades ou de lotions à 1/30, 1/20, 1/10. Autrefois, on employait aussi le *sous-acétate de plomb* à 1/10 ou 1/5, en pommades; mais on reconnut que l'emploi de ce corps présentait des dangers d'intoxication.

Hébra avait imaginé, pour les cas invétérés, une *pommade au diachylon*, qui porte son nom, et qui est composée d'emplâtre diachylon et l'huile d'olives à parties égales.

Parmi les autres substances employées, je vous citerai encore le *précipité blanc*, corps peu irritant, en pommades à 1/10; l'*acide borique*, qui trouve son indication surtout dans l'eczéma impétigineux, sous forme de vaseline boriquée ou de glycérolé d'amidon boriqué.

On peut aussi s'adresser à des substances plus irritantes : telles l'*acide salicylique* en pommades à 1/40, 1/20, 1/10, suivant l'irritabilité de la peau et suivant son induration ; le *naphtol*, en pommades à 1/50; le *nitrate d'argent*, préconisé pour la première fois par Alibert, remis en honneur par Quinquaud, et récemment par M. Balzer, donne de bons résultats, employé en badigeonnages d'une solution au centième, au cinquantième, et même au trentième; mais il présente un grave inconvénient, celui de colorer la peau en noir, ce qui rend son emploi sur la face impossible. Le *sublimé* également peut rendre des services, employé en lotions d'une solution alcoolique à 1/200 ou à 1/100 : mais son emploi est dangereux sur de grandes surfaces ou sur des surfaces excoriées. Enfin, dans certains eczémas à plaques très épaisses et limitées, vous pourrez, pour décaper ces plaques, faire des lotions avec une *solution alcoolique de savon noir*.

Tel est le traitement local de l'eczéma en général, considéré indépendamment de ses variétés. Mais à côté de la lésion en elle-même, l'eczéma présente des *phénomènes accessoires*, les démangeaisons, le prurit, et c'est surtout contre ces phénomènes que le malade demande qu'on agisse.

Contre ces démangeaisons, vous pouvez employer plusieurs substances. La *cocaïne* agit sur les muqueuses, mais n'a que peu d'effet sur la peau. Le *chloral* peut être employé en lotions répétées d'une solution au centième. Mais les meilleurs calmants du prurit cutané sont l'*acide phénique* à 1/100, en pommade, en lotions ou en applications humides permanentes, et le *menthol*, qui anesthésie en procurant une sensation de froid : appliquez-le en pommades à 1/100 ou à 1/50. Je vous recommande également les lotions avec la *solution de Gowland*, dont voici la formule :

Sublimé..... }	ãã 0 gr. 10
Chlorhydrate d'ammoniaque.... .}	
Lait d'amandes (ou eau de laur.-cer.)	10 grammes
Eau distillée.....	240 —

Quant au traitement des variétés régionales de l'eczéma, il varie suivant la localisation de l'affection.

Pour traiter l'*eczéma du cuir chevelu*, il faut d'abord couper les cheveux ras, puis faire tomber les croûtes au moyen d'un bonnet de caoutchouc appliqué avec les précautions que je vous ai déjà indiquées.

Digitized by Google

Mais ce traitement n'est applicable qu'aux hommes et aux enfants; chez les femmes, vous ne pouvez pas couper les cheveux : vous vous efforcerez alors de faire tomber les croûtes avec des lotions huileuses, des douches de vapeur, des pulvérisations boriquées.

Quant au traitement curatif de l'eczéma du cuir chevelu, il se résume en un seul médicament : l'huile de cade; faites des badigeonnages avec un mélange à parties égales d'huile de cade et d'huile d'amandes douces.

L'*eczéma de la barbe et des sourcils* présente, vous ai je dit, trois modalités. Lorsque vous avez à faire à une poussée d'*eczéma aigu*, employez les pansements humides. L'*eczéma* est-il *sec*, squameux, pityriasiforme, appliquez une pommade à l'oxyde de zinc ou au calomel; appliquez même des préparations cadiques faibles à 1/20, 1/10, 1/5 s'il est invétéré.

S'il s'agit d'*eczéma sycosiforme*, de folliculites eczémateuses, le seul traitement consiste alors dans l'épilation, suivie de pulvérisations boriquées chaudes et de pansements humides. Pour prévenir l'infection de nouveaux follicules, je vous recommande l'emploi de l'eau d'Alibour, dont voici la formule.

Sulfate de zinc	7 grammes
— cuivre	2 —
Safran	0 gr. 40
Camphre	à saturation
Eau	200 grammes

Appliquez cette eau en lotions à moitié ou au tiers, ou en compresses à demeure imbibées d'un mélange au quart ou au cinquième.

Contre l'*eczéma des narines*, faites deux ou trois fois par jour dans les narines des injections d'eau boriquée, à la suite desquelles vous introduirez une boulette d'ouate enduite de vaseline boriquée, ou de pommade au tannin ou au calomel à 1/10. Si l'eczéma est torpide, remplacez ces pommades par l'huile salicylée faible, à 1 p. 1000 ou 1 p. 500.

L'*eczéma orbiculaire des lèvres* est tenace et difficile à guérir. Le meilleur moyen d'arriver à ce but consiste à ramollir la peau à l'aide de bandelettes de caoutchouc fixées par un fil passant derrière la tête, puis à l'enduire de vaseline simple ou boriquée; faites plusieurs fois par jour des lotions avec une solution de borax au 1/30; s'il le faut, employez une pommade plus active, plus irritante que la vaseline boriquée, par exemple une pommade au tannin ou une pommade salicylée faible (à 1/100).

Lorsqu'il existe des fissures aux commissures, cautérisez-les avec un cristal de sulfate de cuivre.

L'*eczéma des paupières* revêt deux formes : contre l'eczéma de la peau, employez les compresses humides, puis la pommade à l'oxyde de zinc. Dans l'eczéma ciliaire, commencez par arracher les cils, puis cautérisez chaque follicule pilo-sébacé avec un cristal de sulfate de cuivre; appliquez ensuite une pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1/100.

Dans l'*eczéma du conduit auditif externe*, faites de grandes irrigations boriquées, et dans leur intervalle introduisez dans le conduit un tampon d'ouate imbibé d'huile. Lorsque les croûtes sont tombées, faites des badigeonnages avec de l'huile de cade à 1/2 ou à 1/3. Enfin, à la période terminale, appliquez une pommade à l'oxyde de zinc.

L'*eczéma de l'anus* est une localisation de la maladie particulièrement fréquente, et aussi particulièrement rebelle. S'il s'agit d'une poussée aiguë, avec une inflammation vive, appliquez des compresses humides en permanence. Si l'eczéma est chronique et torpide, employez l'huile de cade pure, en badigeonnages, et dans l'intervalle associez-lui des pommades astringentes au calomel, au tannin, à l'extrait de ratanhia. S'il existe des fissures, cautérisez-les avec un cristal de sulfate de cuivre.

Contre le prurit, parfois si intense, de l'eczéma anal, vous emploierez les bains de siège, les lotions chaudes, les lotions avec une solution phéniquée ainsi formulée :

Phénol absolu	1 gramme
Glycérine	25 —
Eau	75 —

les lotions chloralées à 2 p. 100. Vous prescrirez l'application de pommades cocaïnées, mentholées, phéniquées à 1/100. Enfin, vous pourrez faire mettre des suppositoires composés de 3 grammes de beurre de cacao et renfermant chacun soit 2 ou 3 centigrammes de cocaïne, soit 1 centigramme de belladone, soit 3 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

L'*eczéma du scrotum* est guérissable presque exclusivement par des compresses humides ou par des cataplasmes. Lorsque les phénomènes aigus ont disparu, appliquez des pommades à base de poudres inertes, ou faites une légère révulsion à l'aide de l'huile de cade mitigée.

L'*eczéma génital de la femme* peut être externe ou vulvaire, ou interne c'est-à-dire vaginal. Dans le premier cas, employez la médication antiphlogistique par les compresses humides, puis appliquez des pommades calmantes inertes; lorsque le suintement est très abondant remplacez les pommades par la poudre de talc salicylée à 1 p. 100. Quant à l'eczéma du vagin, son meilleur traitement consiste dans l'introduction dans le vagin d'un cataplasme d'amidon en forme de spéculum plein, suivant la méthode d'Hillairet : on évite ainsi le contact nuisible de deux parois du conduit.

L'*eczéma des plis articulaires* varie d'aspect suivant la région considérée. L'eczéma des aisselles est

Digitized by Google

un eczéma suintant avec hydrosadénites : il sera traité par les compresses humides. L'eczéma des aînes donne lieu a un suintement abondant et fétide, contre lequel vous emploierez la poudre de talc salicylée et les compresses humides. L'eczéma du pli du coude et du creux poplité est au contraire un eczéma sec, induré, épaissi : vous appliquez d'abord des cataplasmes pour ramollir la peau, puis vous ferez des badigeonnages d'huile de cade ou de sublimé à 1/100 ou à 1/200 ; dans l'intervalle vous laissez en permanence un emplâtre adhésif à l'oxyde de zinc.

Contre *l'eczéma des membres inférieurs*, souvent lié aux varices, vous prescrirez surtout le repos horizontal prolongé; en même temps, vous appliquerez des compresses humides en permanence, et plus tard des poudres inertes. L'huile de cade est dangereuse lorsqu'il y a de grosses varices superficielles.

L'*eczéma plantaire et palmaire* s'accompagne le plus souvent d'un épaississement très marqué et de stratifications de l'épiderme. C'est donc dans ces cas que vous ferez deux ou trois fois par semaine des lotions avec une solution alcoolique de savon noir, afin de ramollir et de décaper l'épiderme; dans l'intervalle des lotions appliquez la pommade au diachylon de Hébra. Lorsque le décapage est complet, faites des badigeonnages à l'huile de cade, et en cas de non réussite avec une pommade salicylée.

Quant à l'*eczéma des ongles*, sa guérison est encore plus difficile à obtenir. On l'a traité par tous les moyens possibles sans obtenir de résultats certains : essayez les divers traitements, mais prévenez le malade de l'insuccès possible de vos tentatives thérapeutiques.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Historique du traitement de la chlorose par les sels de cuivre

Par Liégeois
Correspondant de l'Académie de médecine.

I. — Il y a eu tantôt trente-neuf ans qu'un médecin italien, Mendini, préconisa un sel de cuivre, le *sulfate de cuivre ammoniacal*, dans la chlorose :

Sulfate de cuivre ammoniacal.	0 gr. 75
Electuaire de rhubarbe.....	2 grammes

Mêlez. — Pour 9 pilules, à prendre une le matin, une le soir.

Chaque pilule renfermait un peu plus de 0 gr. 08 du sel de cuivre, dont les malades ont pris quotiennement jusqu'à 0 gr. 16, 0 gr. 17 et même 0 gr. 33. Mendini obtint des succès « remarquables » dans « beaucoup de cas d'aménorrhées » et dans « beaucoup de cas de chloroses rebelles à d'autres moyens ».

II. — Je n'avais jamais entendu parler du travail de Mendini, lorsque vingt-cinq ans après — en 1887 — le hasard m'amena à constater l'influence curatrice dans la chlorose de l'*acéto-phosphate de cuivre* :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 01 (0 gr.005 chez les filles de 6 à 12 ans).
Posphate de soude...	0 gr. 05
Poudre de réglisse et glycérine.	Q. s.

Mêlez. — Pour une pilule argentée.

(On recouvre l'acétate de cuivre de poudre de réglisse; on glycérinise ensuite l'extérieur, puis on saupoudre avec le phosphate sodique qu'on entoure de papier d'argent).

J'ai fait lire sur ce sujet à la Société de thérapeutique, le 26 novembre 1890, un mémoire intitulé : *Le traitement de la chlorose par le cuivre*. Appréhendant le premier degré de la tuberculose pulmonaire chez les chlorotiques essoufflées, à la toux quinteuse parfois accompagnée d'une expectoration muqueuse laryngo pharyngienne sans caractère, je leur avais prescrit l'acéto-phosphate de cuivre que feu A. Luton (de Reims) recommandait à cette époque dans la période initiale des tuberculoses. L'examen des crachats était-il négatif quant aux bacilles de Koch? J'abandonnais l'idée de tuberculose et mettais sur le compte de la chlorose l'ensemble des symptômes; l'apparition des souffle cardiaques et carotidiens venait bientôt détruire mes derniers doutes. Que de médecins eussent renoncé sur le champ à l'acéto-phosphate de cuivre, qu'ils auraient remplacé par le fer ! Je persévérai, au contraire, dans l'emploi du cuivre : l'une des conclusions de la vieille enquête de Pécholier et Saint-Pierre — à savoir que les femmes occupées dans les fabriques de verdet ne deviennent pas chlorotiques — n'avait pas été étrangère à ma détermination. Et comme, fréquemment déjà, j'avais vu, à la suite de l'administration de l'acéto-phosphate de cuivre, des engorgements ganglionnaires strumeux se résoudre, je me laissai aller à ne plus me servir que de ce sel chez les chlorotiques lymphatiques scrofuleuses ou de souche scrofulo-tuberculeuse.

Il me semble qu'on a singulièrement exagéré en prétendant que les trois quarts des chlorotiques sont de souche scrofulo-tuberculeuse ; car, dans 85 pour 100 de nos cas, cette hérédité fait défaut. De ces 85 chlorotiques, 50 guérissent par le fer, 35 par l'arsenic. Il n'y a, d'après nous, que 15 chlorotiques sur 100 chez lesquelles ou parmi les ascendants desquelles on trouve la scrofulo-tuberculose, et c'est à celles-là seules que nous conseillons l'acéto phosphate de cuivre : deux pilules de 0 gr. 01 ou 0 gr. 005 pendant les principaux repas. Nos doses journalières sont de 0 gr. 04 ou de 0 gr. 02, que les estomacs, même gastralgiques, supportent parfaitement.

« Je n'ai pas — disais-je dans mon mémoire de 1890 — essayé de saisir avec le compte-globules la transformation des hématoblastes de création nou-

Digitized by Google

velle en hématies parfaites; je n'avais que faire de cet instrument pour affirmer la guérison : les forces étaient revenues ainsi que la coloration de la face et des muqueuses; la maigreur d'antan était remplacée par de l'embonpoint; les symptômes viscéraux de la dystrophie avaient rétrocédé; cliniquement parlant, la chlorose avait vécu. » Mais, cherchant à pénétrer le secret de la guérison, je ne voulus point regarder le cuivre comme un générateur direct des globules. Ce n'est pas directement, à la manière du fer, qu'il reconstitue l'hémoglobine; c'est indirectement : d'une part, en stimulant l'hématopoïèse; d'autre part, en aidant à une assimilation plus parfaite des quatre éléments que l'hémoglobine puise dans les matières alimentaires (fer, carbone, azote et soufre), d'où transformation des hématoblastes en hématies plus régulières, plus résistantes, moins susceptibles de péricliter aussitôt après leur naissance. Et d'ailleurs, qu'y a-t-il d'étonnant que l'hypoplasie hématique intimement liée, dans ce cas particulier, à la dégénérescence de nutrition qui a nom lymphatisme ou scrofulose, retire de la médication cuprique les mêmes bénéfices que les autres manifestations morbides de ces dystrophies constitutionnelles ?

III. — Un peu plus d'un an après la lecture de mon mémoire devant la Société de thérapeutique, un médecin des Etats-Unis d'Amérique, M. le Dr H.-A. Hare (de Philadelphie) relata ses succès dans les anémies de cause fonctionnelle avec l'*arsénite de cuivre (arsenite of copper)* — et non avec l'arséniate de cuivre, comme on l'a rapporté par erreur. Il signala, sous l'influence de ce médicament, la disparition des troubles digestifs, le retour de la coloration des téguments et l'amélioration rapide de la nutrition.

Le 22 mars dernier, M. Hare m'écrivait à ce propos : « Laissez-moi déclarer que je pense encore bien de l'arsénite de cuivre dans le traitement de l'anemie, *pas autant dans l'anémie chlorotique* que dans ces types qui sont plus de la classe pernicieuse, où il y a un manque de nutrition avec diminution du nombre des globules rouges. Il m'a toujours semblé être un tonique utile pour les membranes muqueuses, pour la nutrition générale et pour le sang. » Voilà, plutôt que la médication cuprique des anémies, une autre façon de les traiter par l'arsenic : l'auteur n'a eu d'ailleurs pour but que de « remplacer avec avantage la liqueur de Fowler ».

M. Hare a omis de répondre à ma demande : quelles sont les doses? Un quart de milligramme trois fois par jour et après chaque repas? Un à deux milligrammes trois fois par jour aux repas? L'une et l'autre posologie ont été données dans les comptes rendus.

IV. — Je l'ai dit dans mon mémoire de 1890 : je n'avais pas d'autre preuve de la valeur du traitement cuprique dans la chlorose que le retour de la coloration de la face et des muqueuses coïncidant avec la disparition des symptômes viscéraux. C'était la preuve clinique. La preuve expérimentale de l'augmentation du taux de l'hémoglobine après l'ingestion d'un sel de cuivre était fournie quelques années plus tard à la Société des sciences naturelles et économiques de Palerme par MM. le Pr Vincenzo Cervello et le Dr E. Barabini, auteurs d'un mémoire en commun : *Sul potere ematogeno dei metalli pesanti*. Ces pharmacologistes soumirent à une nourriture identique des coqs et des chiens; et, dès que les chiffres de l'hémoglobine, mesurée journellement avec l'hémomètre de Fleischl, se maintinrent invariables, ils mêlèrent du *sulfate de cuivre* avec les aliments : 0 gr. 05 à 0 gr. 10 *pro die* chez les coqs comme chez les chiens. L'hémomètre monta chez les coqs de 48 à 59, de 43 à 55, et chez les chiens de 64 à 73.

M. Cervello soumit de même à un régime constant deux personnes devenues anémiques consécutivement à la malaria chronique, et leur administra le sulfate de cuivre aussitôt que les chiffres de l'hémoglobine mesurée avec l'hémomètre furent invariables. Chez la première, des doses quotidiennes de 0 gr. 02 à 0 gr. 04 firent monter l'hémomètre de 14 à 16; chez la seconde, ces doses portées à 0 gr, 06 le firent monter de 22 à 36. M. Guagenti est arrivé à des conclusions pareilles chez les animaux.

M. Cervello a indiqué les quantités de ce sel que l'on peut sans inconvénient prescrire à l'homme : 0 gr. 02 à 0 gr. 03 à la fois à chaque repas, en poudre, avec du sucre; il soutient qu'on peut aller bien au-delà sans danger pourvu que l'augmentation soit graduelle. » Dans les anémies primitives, et spécialement dans la *chlorose*, dit-il (je traduis littéralement le texte italien), je suis tout conduit à croire que l'on devrait obtenir des résultats semblables, et en tels cas avec guérison complète des malades... Le cuivre de la (*quindi*) aurait en commun avec le fer cette indication thérapeutique : je réserve pour des études ultérieures la comparaison de l'efficacité de ces deux métaux. »

M. le professeur Cervello, qui est revenu récemment sur ce sujet (1), n'a pas, plus que précédemment, formulé le mode d'action hématogène du cuivre; mais nous avons été heureux de lui voir exprimer cette idée longuement exprimée par nous dans notre mémoire de 1890, à savoir, que le cuivre médicinal ne régénère sûrement pas l'hémoglobine en pénétrant « dans sa molécule ». M. Cervello taxe

(1) *Journal des Praticiens*, 1901, p. 22.

Digitized by Google

cette conception de « très hasardée » et déclare qu'elle « n'est pas admissible ». Il eût pu, comme nous, invoquer contre elle les recherches de P. Bert, de MM. Jolyet et P. Segnard, de M. Frédéricq, qui établissent en effet que l'hémoglobine bleue, à base de cuivre et non de fer, n'est dans l'espèce humaine qu'une curiosité chimique extraordinairement rare même au cours d'un traitement cuprique, et n'a guère été rencontrée que chez les animaux inférieurs. M. Cervello, il est vrai, n'admet pas davantage que les ferrugineux régénèrent l'hémoglobine par pénétration du fer médicinal dans sa molécule.

V. — Voici venir un autre sel de cuivre, le *cupro-hémol* — un sel organique, celui-là, — que deux élèves de M. Cervello, MM. les docteurs Scarpinato et Mercadante, ont employé « chez quelques individus anémiques. » C'est un précipité insoluble résultant de la combinaison de l'hémoglobine avec un sel de cuivre ajouté au sang frais dans des proportions respectives que j'ignore. M. Cervello m'a écrit qu'il est fabriqué par le droguiste allemand Merck, pour qui on peut en élever la dose à 0 gr. 10, à 0 gr. 50 trois fois par jour.

M. Scarpinato qui a noté l'augmentation du nombre des globules rouges chez les animaux sains soumis au cupro-hémol, semble considérer ce sel organique de cuivre comme plus hématogène qu'un sel inorganique, le sulfate, par exemple. M Mercadante qui a expérimenté l'hémol seul, c'est-à-dire le corps pulvérulent qui reste après déplacement du métal, croit qu'il n'a pas grande action ; il ne nie pas les propriétés hématogènes des hémols métalliques, mais il les attribue presque exclusivement au métal pesant — le cuivre, au cas particulier — qui entre dans la molécule de l'hémol; tout en reconnaissant que les hémols des métaux pesants régénèrent l'hémoglobine et augmentent parallèlement le nombre des hématies dans les anémies par diminution des globules rouges, il remarque que les sels inorganiques de ces métaux produisent des résultats équivalents « peut-être même en un temps plus court. »

VI. — *Préparations cupriques pour l'usage interne*, tel est le titre d'un travail qus le *Journal des Praticiens* publiait sous ma signature le 5 janvier 1901, dans lequel j'insistais de nouveau sur les bienfaits de l'acéto-phosphate de cuivre chez les chlorotiques lymphatiques et scrofuleuses. Le 5 janvier 1901, dis-je, et le 19 janvier, la *Semaine médicale* consignait ceux que l'*acétate de cuivre* a fournis dans 18 cas de « chlorose » à M. V. Giudicendrea, médecin adjoint des hôpitaux de Rome, qui débuta par une pilule à 0 gr. 005 peu de temps après les repas, dose qu'il porta progressivement à 0 gr. 025, soit 0 gr. 05 par jour. Ce médecin n'a jamais eu à enregistrer une seule fois l'intolérance qu'il évite précisément en alternant la médication martiale avec la médication cuprique, et, lorsque le fer est d'emblée mal supporté, il a recours à l'acétate de cuivre. Toujours il a réussi à améliorer l'état général des malades, à augmenter le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges. Il n'attache aucune importance à l'albuminurie passagère, insignifiante, qu'il a observée dans trois circonstances à la suite d'une cure prolongée.

« J'ai le ferme espoir — écrivais-je à la fin de ma communication de 1890 — de voir confirmés par d'autres les résultats que j'ai obtenus dans la chlorose avec le cuivre. » Ces résultats, des médecins étrangers, qui n'ont pas eu plus connaissance de mon mémoire que moi-même de celui de Mendini, les ont proclamés à leur tour ; les médecins de notre pays tarderont-ils à dire leur mot?

ÉTUDE CLINIQUE

La dilatation aiguë du cœur dans les maladies infectieuses et dans le rhumatisme

A l'une des dernières séances de la Société médicale des Hôpitaux (29 mars 1901), il a été question de plusieurs cas de dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu. Quelques noms d'auteurs ont été cités, et parmi eux Henschen (de Stockholm), mais d'une façon incomplète. A ce sujet, les lecteurs du *Journal des Praticiens* n'ont qu'à se reporter au numéro du 10 mars 1900, et ils liront avec intérêt le résumé et la traduction des travaux de Henschen sur ce sujet. (La dilatation aiguë du cœur dans les maladies infectieuses). A cette époque, m'intéressant beaucoup à cette question, j'avais prié mon élève et collaborateur le Dr Krikortz de nous renseigner sur les idées du savant médecin suédois au sujet de la dilatation aiguë du cœur dans la fièvre typhoïde, la grippe, la variole, la rougeole, le scorbut, l'érysipèle, la pneumonie.

En 1899, alors qu'il était encore professeur à l'université d'Upsala, Henschen avait consacré un travail important à la « dilatation aiguë du cœur dans le rhumatisme aigu et les maladies valvulaires ». Au début de son travail très documenté, je lis cette phrase : « On peut dire qu'aucune maladie infectieuse aiguë n'occasionne si souvent des changements persistants dans le volume du cœur, que le rhumatisme. » Il rappelle que, si beaucoup d'auteurs attribuent cette cardiectasie à des lésions du myocarde, Romberg avait déjà admis la possibilité d'une dilatation cardiaque en l'absence de toute lésion valvulaire ou myocardique.

D'autre part, il émet l'opinion — et je suis entièrement de son avis — qu'on a certainement abusé des

Digitized by Google

obstacles mécaniques créés par une affection valvulaire pour expliquer la production des dilatations et hypertrophies cardiaques. Les obstacles mécaniques peuvent se trouver aux vaisseaux, dans tout le cœur périphérique, ce que je ne cesse de répéter, et d'autre part la dilatation du cœur peut être d'origine nerveuse, comme je l'ai établi il y a longtemps (*Union médicale* 1879) et comme je l'ai répété dans une leçon sur « l'asystolie nerveuse » (*Journal des Praticiens* 1893). Enfin, dans mon rapport sur les myocardites choniques au Congrès de Lille en 1899, j ai consacré sur les myocardites aiguës un premier chapitre où j'établissais qu'on voit trop souvent la myocardite aiguë là où elle n'est pas. Le passage suivant de mon rapport est à retenir :

« Dans le cours d'une fièvre typhoïde ou de la grippe, par exemple, on constate de la tachycardie, une légère arythmie, quelques intermittences, l'affaiblissement du premier bruit ; alors, on s'empresse d'attribuer tous ces symptômes à l'existence d'une myocardite aiguë, quand il s'agit vraisemblablement de troubles dans l'innervation du cœur, comme l'a prouvé Vincent par son travail sur les altérations du plexus cardiaque dans la paralysie du cœur consécutive à la diphtérie (*Arch. de méd. expérim.* 1894). Singulière myocardite dont la durée éphémère se terminerait favorablement en quelques jours par la *restitutio ad integrum* ; en tous cas, myocardite bien spéciale dont les symptômes diffèrent essentiellement de ceux que j'ai observés dans le cours de la variole, maladie dans laquelle la myocardite est le plus souvent *pure*, pour ainsi dire, le poison variolique ne portant pas son action principale sur les centres d'innervation cardiaque. »

Et puis, a-t-on oublié que dès 1882, au congrès scientifique de La Rochelle, Bernheim (de Nancy), dont la thèse de Willaume, son élève, reflète les idées cinq ans plus tard, a admis une forme cardiaque de la fièvre typhoïde, dans laquelle « sans altération notable de la fibre musculaire, sans lésions pulmonaires préalables, sans complication autre qui puisse l'expliquer, le cœur se prend quelquefois dès le début, d'autres fois à une période plus avancée de la maladie ? »

En 1894, à la Société médicale des hôpitaux, à propos de deux observations, l'une de Galliard, l'autre de Siredey, j'avais formulé encore les mêmes réserves : « Sans vouloir nier la réalité parfaitement démontrée de la myocardite des états infectieux, je crois qu'on exagère souvent la fréquence de cette complication. A mon avis, on ne tient pas suffisamment compte des troubles de l'*innervation* cardiaque qui jouent certainement un rôle important dans la symptomatologie des phénomènes cliniques. » Et je rappelais encore à ce sujet les symptomes de l'*asystolie nerveuse*, que l'on trouve souvent réunis dans le cours de la grippe, maladie qui porte (comme je le disais au Congrès de Marseille, en 1891), « son action sur le système nerveux du cœur par l'intermédiaire du bulbe et des nerfs pneumogastriques ».

D'autre part, les toxines microbiennes n'agissent pas seulement sur l'innervation cardiaque ou même sur le myocarde pour en déterminer l'asthénie, ni même sur le frein vasculaire pour le détendre outre mesure, elles peuvent encore, comme je l'établissais dans mon rapport sur les myocardites, produire une *dilatation aigue du cœur*, par suite d'une forte hypertension sanguine dans quelques maladies infectieuses. Ainsi, Federn (*Soc. des méd. de Vienne*, 1899), a constaté une élévation de la tension artérielle dans la scarlatine, par action vaso-constrictive de certaines toxines, d'où augmentation des résistances périphériques, tachycardie et dilatation aiguë du cœur.

Alors, traitera t-on de la même façon une myocardite aiguë, une dilatation du cœur par atonie primitive du myocarde, ou une dilatation du cœur par atonie myocardique consécutive à la vaso-constriction et à l'hypertension artérielle ? Ici, la médication cardio-tonique par la digitale, ou la médication angio-tonique par l'ergot de seigle ; là, une médication vaso-dilatatrice et hypotensive par le régime alimentaire et tous les agents hypotenseurs.

Dans le travail de Henschen sur la dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme articulaire, il y a quatre observations.

Dans la première, rhumatisme musculaire chez un homme de 35 ans, avec dilatation aiguë du cœur, bientôt suivie de sa rétraction.

Dans la seconde, chez un homme de 26 ans, rhumatisme articulaire subaigu, avec dilatation du cœur. « Puisque, dit Henschen, il n'y a pas de lésion valvulaire, la dilatation et le léger degré d'hypertrophie ne peuvent être expliqués que par le peu de résistance du myocarde contre la pression sanguine. »

Les deux dernières observations se rapportent encore à des cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu avec dilatation aiguë du cœur.

Ces quatre faits prouvent qu'une dilatation et une hypertrophie du cœur peuvent se développer à la suite d'affections rhumatismales, « sans qu'une lésion valvulaire puisse être invoquée », et Henschen tend à admettre l'existence d'une myocardite. Nous reviendrons sur cette question encore mal comprise. On a trop nié autrefois la myocardite aiguë du rhumatisme et voilà maintenant qu'on en abuse, et qu'on la voit trop ! — H. Huchard.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Persulfates alcalins et persodine. — Les persulfates alcalins nouvellement introduits dans la thérapeutique à la suite de consciencieuses recherches cliniques et de nombreuses expériences de M. Lumière, ont été l'objet de travaux de Nicolas et Garel, Demurger, Rigot (*Thèse de Lyon* 1901), A. Robin, E. Hirtz (de Paris). Ces auteurs ont bien mis en évidence l'action spéciale de ces sels sur la nutrition, sur l'appétit qu'ils stimulent d'une façon remarquable, sur l'assimilation et la digestion qu'ils excitent au point de déterminer rapidement l'augmentation de poids. Jusqu'à ce jour, il avait été impossible d'utiliser les propriétés oxydantes des persulfates en raison de leur très grande altérabilité. Cependant, MM. Lumière sont parvenus à en obtenir une solution très stable en les mélangeant dans des conditions spéciales de réaction et dans certaines proportions. Cette solution à 1 pour 100 constitue la « persodine », et c'est surtout avec elle que les recherches cliniques ont été faites.

La thèse récente de Rigot (Lyon, 212 pages, 1901) fixe la thérapeutique sur ce nouveau médicament dont l'action est aujourd'hui bien démontrée. D'abord, la toxicité des persulfates alcalins est relativement faible : 0,30 chez le cobaye, 0,40 chez le lapin, 0,80 chez le chien. Ils exercent sur l'animal une action manifeste qui se traduit par l'augmentation de l'appétit, l'augmentation des principaux éléments contenus dans l'urine sans diminution de la quantité totale des urines, l'augmentation très notable du poids. Ils ont encore une action antiseptique sur les microbes aérobies. Par conséquent, comme le dit Rigot, tous ces effets indiquent l'emploi du médicament dans des affections très diverses : tuberculose, chloro-anémie, convalescence des maladies aiguës, affections de l'estomac, anorexie, etc.

En Allemagne, Richard Friedlander (*Therap. monatsh*, 1899) a utilisé les propriétés antiseptiques des persulfates en applications locales pour le pansement des plaies, furoncles, phlegmons, abcès, etc. ou en gargarismes dans les angines.

Chez plusieurs malades (tuberculose), Nicolas (de Lyon) aadministré la persodine, ou le persulfate de soude à la dose de 0 15 a 0,30 centigr. par jour, et chez tous, dit Garel, la persodine a augmenté l'appétit, facilité les digestions, et amené une augmentation de poids qui a pu atteindre jusqu'à 7, à 9 kilogs. en quelques semaines.

Tout dernièrement encore, à la Société de médecine de Lyon (18 mars 1901), Demurger a publié les résultats de ses recherches à ce sujet dans le traitement de la tuberculose, de l'anémie, de la névropathie. A la première période de la tuberculose et même à la seconde, amélioration notable de l'appétit et de l'état général ; mais, chez les bacillaires caverneux, les résultats sont presque nuls, ce qui se comprend. Pour la chlorose, l'auteur a institué un traitement mixte, par le fer et la persodine, et voici les résultats : amélioration rapide et plus accentuée par ce traitement mixte que par la seule médication ferrugineuse. D'autre part, chez les chlorotiques constipées, la persodine agit favorablement par ses effets laxatifs. — Mêmes avantages et résultats positifs chez les malades nerveux : augmentation de l'appétit, plus grande facilité des digestions, régularisation des fonctions gastro-intestinales.

Pour ma part, depuis deux mois, j'ai employé ce médicament dans des affections diverses (tuberculose, chlorose et anémie, neurasthénie, anorexie, constipation, etc.) et jusqu'ici les résultats obtenus confirment les précédentes observations.

Voici la posologie et le mode d'administration de la persodine :

Une cuillerée à soupe par jour, au moins une heure ou une heure 1/2 avant le repas dans 1/4 de verre d'*eau pure* (l'eau sucrée, le lait, les tisanes, le vin, les sirops, etc. permettant la décomposition de la persodine en sulfates). De 2 à 7 ans : une cuillerée à café ; de 8 à 14 ans, une cuillerée à dessert. Ordinairement, on doit cesser le médicament tous les 10 jours pour le reprendre ensuite, s'il y a lieu. Quelquefois, son administration est suivie, au début seulement, d'un effet légèrement laxatif qui peut être utilisé, comme on l'a vu, dans la chlorose avec constipation — H. H.

Cacodylates de soude, de magnésie, leur mode d'emploi et d'action. — On sait que M. A. Gautier a été l'initiateur de la médication cacodylique, qu'il regardait en quelque sorte comme un spécifique de la tuberculose. D'après M. Burlureaux, cette indication serait loin d'être la seule, si tant est qu'elle existe (*Soc. de thérap.*, 27 mars).

Cet auteur s'élève tout d'abord contre l'administration du médicament par la voie buccale ou rectale, parce que les cacodylates au contact avec les muqueuses se décomposent en donnant naissance à de l'oxyde de cocadyle qui n'a aucune des propriétés bienfaisantes des cacodylates, qui même est toxique et est péniblement éliminé par les reins, la peau, l'haleine.

Digitized by Google

Le vrai mode d'emploi du cacodylate de soude est la voie sous-cutanée, à la dose moyenne de 0 gr. 05, parfois 0 gr. 10, suivant la susceptibilité des sujets. Le mieux est de faire une injection quotidienne de 0 gr. 05 de cacodylate pendant 15 jours avec 8 jours de repos, ou trois injections par semaine pendant 2 et 3 mois. Il est extrêmement rare de provoquer de la sorte des accidents d'arsenicisme.

Contrairement à l'opinion admise, c'est chez les tuberculeux, avec ou sans fièvre, que M. Burlureaux n'a obtenu que des résultats nuls ou de peu d'importance. Par contre, il lui a donné des résultats parfois très remarquables par leur rapidité et leur intensité, chez divers malades, dont la nutrition était défectueuse et dont l'appétit et les forces étaient en défaillance, tels que : asthmatiques, diabétiques, névropathes, néphrétiques, dyspeptiques, myélitiques, rhumatisants. Par une antithèse fréquente en médecine, le même médicament a été sans effet chez un nombre à peu près égal de malades semblables aux premiers. Pour coordonner ces résultats contradictoires, M. Burlureaux a recours à l'hypothèse suivante :

Si la vitalité n'est qu'inhibée, le cacodylate, dès les premières piqûres, met en valeur les forces latentes dont l'économie dispose encore. Si, au contraire, il n'y a pour ainsi dire plus de réserves de force nerveuse, le cacodylate est incapable d'en créer et il est sans action.

Le cacodylate de magnésie a été également expérimenté par M. Burlureaux, assisté de M. Chaillou; c'est un sel très riche en acide cacodylique : 1 gr. de sel représente 92 centigr. d'acide cacodylique, soit 0 gr. 58 d'arsenic; alors que 1 gr. de cacodylate de soude ne contient que 70 centigr, d'acide cacodylique, soit 0 gr. 38 d'arsenic.

Le sel magnésien est très soluble dans l'eau. On peut arriver à faire une solution de 45 0/0 ; mais c'est un liquide sirupeux. La solution à 25 0/0 est légèrement visqueuse, mais bien tolérée par le tissu sous-cutané.

M. Bulureaux a débuté par des solutions à 5 0/0, puis à 10 0/0, et a adopté celle de 25 0/0.

Toutefois, il commence le traitement par une injection d'un demi-centimètre cube de solution à 10 0/0 afin de tâter la tolérance du sujet ; si elle existe, il pousse à un centimètre cube de la même solution, pour arriver très vite à un centimètre cube de la solution à 25 0/0. Un centimètre cube de cette dernière solution pèse 1 gr. 30, car le liquide est très dense et renferme 0 gr. 33 de cacodylate, c'est-à-dire 16 centigr. d'arsenic. Malgré cette dose élevée d'arsenic, M. Burlureaux n'a jamais observé d'accidents toxiques, quoiqu'il l'ait même dépassée chez quelques malades.

Il a employé ces injections chez des neurasthéniques, des dyspeptiques, des arthritiques, des convalescents de grippe. Tous accusaient une augmentation rapide de l'appétit et surtout un sentiment très marqué de force et de bien-être général après deux ou trois injections.

Le cacodylate de magnésie paraît donc agir dans le même sens que le cacodylate de soude ; il aide les malades à se ressaisir, met en évidence leurs réserves latentes de force nerveuse. Il n'a jamais causé d'accidents même à des doses paraissant très élevées.

Action de l'eau, du sel, du bouillon, du bicarbonate de soude sur l'estomac. — M. Frémont, dont les travaux sur la physiologie des secrétions gastriques sont bien connus a entrepris une nouvelle série de recherches sur l'action de certaines substances sur l'estomac du chien, isolé de l'œsophage, mais ayant tous ses vaisseaux et tous ses nerfs pneumogastriques et sympathiques.

Il a d'abord étudié l'action de l'eau distillée sur la secrétion de l'estomac, parce que les divers médicaments sont dissous dans l'eau et qu'il est impossible de faire la part de leur action si on n'a pas pris soin d'établir celle de l'eau.

L'eau excite la secrétion de l'estomac : cette excitation porte sur tous les éléments : acide chlorhydrique et chlorures. Toutefois l'augmentation porte un peu plus sur les chlorures et sur l'acide chlorhydrique faiblement combiné.

L'excitation est moins forte lorsque l'eau est à 50°. De plus, la sécrétion a une certaine tendance à devenir plus muqueuse, plus épaisse avec de l'eau froide qu'avec de l'eau chaude.

Le chlorure de sodium, dissous dans l'eau, fait augmenter la sécrétion de l'estomac ; mais il ne l'augmente pas plus que de l'eau simple en ce qui concerne l'acide chlorhydrique fortement ou faiblement combiné.

Souvent la sécrétion de chlorures a été diminuée, parfois même il y a eu absorption si forte du chlorure injecté, que le liquide retiré une heure après son introduction, renfermait moins de sel qu'au moment de son introduction.

L'eau salée excite peu l'estomac et on ne peut espérer réveiller sa sécrétion en prescrivant aux malades de manger très salé.

Le bouillon de bœuf dégraissé a une action excitante marquée sur l'estomac : cette excitation s'accompagne de la formation d'une grande quantité d'éléments chloro-organiques. Ceux-ci nourrissent le sujet pendant que la diminution de l'acide chlorhydrique libre, se combinant avec les substances albuminoïdes, soulage l'estomac,

Digitized by Google

Sous l'influence du bicarbonate de soude, à doses faibles (0 gr. 50 à 1 gr.), la sécrétion de l'estomac perd sa fluidité : elle devient muqueuse, visqueuse. Cette modification visqueuse de la sécrétion gastrique est d'autant plus marquée que la dose de bicarbonate de soude est plus forte, moins déliée et que l'estomac est moins actif.

50 centigr. de bicarbonate de soude dissous dans 100 gr. d'eau calment l'estomac, beaucoup mieux qu'une dose de 1 gr. qui l'excite davantage. Il y a donc intérêt à procéder par doses petites et fractionnées, lorsqu'on veut calmer l'estomac ou le protéger contre l'activité digestive du suc gastrique.

Le bicarbonate de soude est utile parce qu'il neutralise les acides de l'estomac, annihile le pouvoir digestif du suc gastrique, forme une sécrétion muqueuse qui protège les parois de l'estomac, dégage de l'acide carbonique qui calme la sensibilité.

Il ne faut pas dépasser la dose utile sous peine de déterminer de l'indigestion intestinale. — (*Soc. de Thérap., 27 mars.*)

CLINIQUE MÉDICALE

La tension intermittente de l'épigastre. — Les deux signes, *ondulation épigastrique* et *tension intermittente de l'épigastre* (ce dernier signalé par Bouveret, *Lyon médical*, 31 mars 1901) indiquent la lutte de l'estomac contre un obstacle pylorique.

Voici en quoi consiste la tension intermittente d'après le clinicien lyonnais : Le malade étant couché et en résolution complète, on constate que la région épigastrique est asymétrique; plus saillante à gauche qu'à droite, surtout à sa partie supérieure, tandis que la limite inférieure de la tuméfaction est toujours bien au-dessus de l'ombilic. Si alors on pratique une palpation douce et modérée de l'épigastre, on éprouve une sensation de résistance, de tension contrastant avec la dépressibilité des autres régions de l'abdomen, par exemple de l'hypochondre droit et des fosses iliaques, et « il semble que la main déprime un ballon de caoutchouc modérément gonflé ». Cette tuméfaction épigastrique est sonore; elle est immobile, ne se déplaçant ni à droite ni à gauche; elle n'est point agitée de petites ondes rappelant l'ondulation épigastrique. Mais, pendant qu'on l'observe, elle s'affaisse plus ou moins brusquement, ce qui rétablit la symétrie des deux moitiés droite et gauche de l'épigastre. Puis, apparaît un nouveau soulèvement, peu de temps après suivi d'un nouvel affaissement. Ces alternatives se continuent pendant une durée variable (10 à 15 minutes), donnant l'impression, à la vue et au toucher, d'un ballon alternativement gonflé et dégonflé par le jeu d'une pompe foulante et aspirante. Ce signe est parfois peu apparent et doit être recherché; il n'existe qu'à certains moments, surtout dans les premières heures suivant l'ingestion alimentaire. Comme l'ondulation épigastrique, il peut être provoqué par la succussion du tronc ou par la dépression brusque de la paroi abdominale.

Cette tension intermittente de l'épigastre est une manifestation extérieure de l'exaltation de la motilité gastrique, sorte de tétanisation musculaire ou de spasme tonique de l'estomac, tandis que l'ondulation épigastrique en serait le spasme clonique. C'est un signe *précoce* de la sténose du pylore, organique ou spasmodique, signe apparaissant avant l'ondulation épigastrique, même avant la dilatation permanente de l'estomac et alors qu'il ne s'agit encore que d'une rétention inconstante, variable d'un jour à l'autre. Elle peut accompagner les premiers signes du cancer, du moins du cancer du pylore, et servir à établir le diagnostic de bonne heure, alors que l'anorexie est peu marquée et que les vomissements et la tumeur n'ont pas encore paru. A mesure que se complète le syndrome de la sténose, la tension intermittente tend à disparaître et à céder la place à l'ondulation épigastrique. — H. H.

Épidémie de rubéole. — Dans la relation de cette épidémie survenue au 28e de ligne, à Paris, en 1897, (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, janvier 1901), le Dr H. Comte insiste sur quelques particularités intéressantes : son extension peu commune (84 cas dans deux bataillons); diversité des formes dont quelques-unes, principalement dans la période de déclin, ont revêtu un type très voisin de la roséole dite de Trousseau avec laquelle l'auteur identifie la rubéole, d'accord en cela avec quelques cliniciens; brièveté et surtout faible intensité des symptômes d'invasion (catarrhe); absence absolue de réaction fébrile avant l'éruption ; longue durée de l'incubation (17 jours, 12 à 21 jours); absence de complications, d'adénopathie. L'éruption est survenue d'emblée dans la plupart des cas ; dans 18, elle ne s'est complétée que le lendemain. Débutant aussi souvent par le tronc que par la face dont elle n'atteignait parfois que la partie inférieure, morbilleuse et à éléments plus petits que ceux de la rougeole, plutôt papuleuse ou maculo-papuleuse que maculeuse pure, sans polymorphisme, excepté dans un cas (placards scarlatiniformes). Durée de l'éruption : 2 à 3 jours. Desquamation furfuracée. Apyrexie au moment de l'éruption, ou fièvre légère, 38°, 38°4 durant un jour, rarement deux jours ; quelquefois 39°. — H. H.

Digitized by Google

Tare nerveuse dans le strabisme. — L'hérédité nerveuse dans le strabisme a été mise en lumière surtout par Borel, Valude et de Micas. Lombroso, dans son étude de l'homme criminel, met les déviations strabiques au premier plan de la physionomie des dégénérés. Féré leur assigne une des meilleures places dans les symptômes caractérisant la famille névropathique. Dernièrement, Antonelli a voulu faire du strabisme une affection hérédo-syphilitique dans 50 0/0 des cas. Cosse (de Tours) qui revient sur cette question (*Touraine médicale* 1901), trouve la dernière opinion exagérée ; mais sur 135 cas de strabisme il relève d'une façon précise 88 fois des tares nerveuses, soit héréditaires, soit personnelles : strabisme familial, convulsions, paralysie infantile, myopie intense, diabète, hystérie, nystagmus, épilepsie, folie, chorée, paralysies diverses, somnambulisme, suicide, alcoolisme, etc. — D. R.

La soif brightique. — Voici un symptôme nouveau, dont la réalité est déjà appuyée sur douze observations concluantes dans la thèse de Jules Colin (1901). L'auteur même affirme l'avoir rencontré 4 fois sur 10 chez les malades atteints de néphrite chronique. La polydipsie apparaît de préférence dans les formes interstitielles chez les artério-scléreux, avec polyurie sans albuminurie ; elle est donc souvent un signe de début, quoiqu'elle se poursuive au cours de la maladie. Au point de vue physiologique, elle est due à l'élévation de la tension osmotique du milieu intérieur ; elle apparaît comme le terme final d'une série d'efforts de l'organisme pour lutter contre l'agent infectieux. Au point de vue clinique, c'est une soif nocturne, une *pollakidipsie* plutôt que de la polydipsie, apaisée par une petite absorption de liquide pour reparaître aussitôt après.

Le diagnostic avec les autres polydipsies est facile, sauf avec celle d'un diabète moyen avec légère albuminurie et sans glycosurie. — H. H.

CLINIQUE INFANTILE

Nodosités rhumatismales périostiques et tendineuses avec myocardite interstitielle. — Dans certains cas, l'infection rhumatismale respecte les séreuses (articulaires ou péricardiques) et a une tendance à se localiser sur les dépendances du tissu conjonctif (tissu interstitiel du myocarde, des muscles striés, tissus péritendineux et périostique). Il s'agit donc là d'une forme conjonctive et interstitielle à opposer aux formes franchement séreuses du rhumatisme. Dernièrement (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1901) deux médecins de Lyon, E. Weill et Galavardin, viennent d'en fournir un bel exemple : Petite fille de 7 ans qui, sans avoir jamais présenté d'arthropathies, a cependant offert une série de manifestations rhumatismales : rhumatisme musculaire d'allure anormale (siégeant aux muscles des membres supérieurs et inférieurs au lieu des muscles du cou et des lombes), nodosités rhumatismales périostiques et tendineuses, chorée, endocardite, myocardite interstitielle ayant occasionné la mort subite après un mois.

Les lésions cardiaques et pleurales (endocardite, péricardite, pleurite) ont été signalées depuis longtemps, par Hirschsprung, dans le cours des nodosités rhumatismales (*Jahrbuch f. Kinderh*, 1881). D'autre part, dans la série de 27 cas étudiés pas Barlow et Warner (*Brit. med. Journ.* 1881), l'endocardite légère ou grave fut manifeste chez tous les malades, excepté un seul ; mais jamais on n'avait signalé l'existence d'une myocardite interstitielle aiguë qui s'est traduite cliniquement dans l'observation de Weill et Galavardin, par des accès paroxystiques de dyspnée, des tendances lipothymiques suivies de mort subite. Dans la thèse récente de Girma sur l'étude des nodosités rhumatismales (Toulouse 1898), sur 35 observations, on en trouve 5 terminées par la mort, dont 4 chez des enfants, et dans une de ces observations, la mort est survenue inopinément chez une fillette de 10 ans.

Dorénavant, au cours d'un rhumatisme infantile avec nodosités sous cutanées, il faudra compter avec la possibilité de lésions du myocarde et leurs funestes conséquences. — H. H.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les moustiques de la banlieue de Paris. — M. Farabeuf. La Bièvre, si limpide encore il y a 30 ans, ne renferme plus maintenant de Cachan à Antony, et au-delà, qu'une purée infecte qui coule à peine sous une épaisse couche de mousse. Des établissements industriels, établis sur ses bords, ont infecté cette rivière. Des nuées de moustiques naissent chaque année dans son eau infecte, et de là se répandent dans les localités environnantes, dont ils rendent le séjour fort pénible.

Leurs piqûres, sans cependant donner la malaria ou la filariose, déterminent cependant de l'œdème, et parfois des angio-leucites redoutables. La commission des moustiques devra donc également attirer l'attention des pouvoirs publics sur les moustiques de la banlieue de Paris.

Lavage aseptique du linge. — M. Delorme donne la description d'un nouvel appareil destinée à laver et à aseptiser le linge des services hospitaliers. Cet appareil se

Digitized by Google

compose essentiellement d'un double cylindre creux dans lequel on place le linge souillé, et dans lequel on fait successivement passer de l'eau savonneuse chaude, de la vapeur sous pression à 120° et de l'eau froide pour le rinçage. Le linge est alors complètement désinfecté.

Historique du traitement de la chlorose par les sels de cuivre. — M. Liégeois, de Bainville-aux-Saules (voir p 268) *(16 avril).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Des suites éloignées de la méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Netter. — On sait que bon nombre de méningites cérébro spinales épidémiques se terminent par la guérison : M. Chauffard a déjà posé la question de savoir si ces méningites guéries ne pouvaient laisser après elles de suites éloignées, des troubles nerveux d'apparition tardive.

D'après les observations de M. Netter, la guérison se maintient d'une façon parfaite dans la plupart des cas. Mais, entre les cas de guérison complète et ceux de mort, il est des cas dans lesquels la méningite a été suivie de désordres persistants plus ou moins graves, tels que : surdité labyrinthique, hémiplégie, atrophie musculaire. Ces complications qui aggravent le pronostic éloigné, ont toujours apparu au cours même de la période aiguë, et, loin de s'accentuer, ont le plus souvent témoigné d'une tendance marquée à l'amélioration.

M. Antony. — La méningite cérébro-spinale épidémique a sévi dans l'armée à diverses périodes : de 1888 à 1899, elle a fourni la mortalité élevée de 68 0/0. Souvent, elle a laissé chez les survivants des suites éloignées graves, telles que : surdité, perte de la mémoire, aphasie démence, paralysies partielles de la troisième et de la quatrième paires, raideur et tremblement des membres, plus rarement hémiplégies ou monoplégies.

MM. Labbé et Castaigne rapportent deux cas typiques de méningite cérébo-spinale, avec pus dans le canal rachidien, et existence dans ce liquide du méningocoque dans un cas, et de polynucléose dans l'autre. Ces deux malades sont actuellement guéris, l'un depuis deux ans, l'autre depuis quatre mois, et présentent un liquide céphalo-rachidien absolument normal, exempt de tout élément leucocytaire. On peut donc dire que l'absence d'élément cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien de sujets antérieurement atteint de méningite cérébro-spinale, annonce une guérison définitive.

Traitement de la sciatique par injections intra-arachnoïdienne de cocaïne. — M. Marie rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, atteint d'une sciatique aiguë très douloureuse, auquel il injecta 5 milligrammes de cocaïne dans la cavité arachnoïdienne, après ponction lombaire. Au bout de 6 minutes, la cessation des douleurs était absolue et dura 6 heures ; elles revinrent ensuite moins vives. L'amélioration a persisté le jour suivant ; le malade a marché durant le jour, n'a pas eu de douleurs violentes. L'évolution de la névralgie semble donc avoir été influencée par le traitement.

Variole des nouveau-nés. — M. Roger. — De toutes les maladies infectieuses aiguës, la variole est celle qui se transmet le plus facilement de la mère au fœtus ; le germe passe d'une façon constante à travers le placenta.

Quelle que soit la forme de la maladie maternelle, l'infection se produit rapidement, dès les premières 24 heures, rarement plus, après le début de l'invasion des germes chez la mère. Dans les observations de M. Roger, l'accouchement s'est fait un peu avant l'éruption ou même en même temps qu'elle.

La variole des nouveau-nés diffère totalement de la variole des adultes. Elle s'annonce par une hypothermie parfois légère, parfois énorme (33°). Puis l'ictère apparaît. Deux évolutions sont possibles : ou bien l'enfant s'affaiblit et meurt en hypothermie sans présenter d'autres symptômes ; ou bien une éruption se développe, coïncidant généralement avec une élévation de température. C'est parfois un simple rash, le plus souvent une poussée de petites papules. L éruption se fait en plusieurs temps, mais est presque toujours fort discrète. Elle peut évoluer comme chez l'adulte ; mais cela est exceptionnel. Le plus souvent les papules ne suppurent pas, ne se remplissent même pas de pus, elles se flétrissent et se remplissent de petites croûtelles. La guérison est fort rare ; la mort survient du quatrième au vingtième jour par affaiblissement graduel ou par syncope. Les profondes lésions du myocarde expliquent cette terminaison brusque.

De la dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme articulaire aigu. — M. Pierre Teissier, de Lyon, rapporte deux cas de dilatation aiguë du cœur, chez des sujets atteints de rhumatisme polyarticulaire aigu, en l'absence de toute lésion endo-péricardique cliniquement appréciable ; les deux malades ont guéri. Cette complication, déjà signalée par M. Potain, intéressant plus particulièrement, chez les malades de M. Tissier, le ventricule droit, s'imposait par le choc diastolique, l'agrandissement et la déformation de la matité cardiaque. Cette dilatation apparut et disparut sans qu'à aucun moment de l'évolution du rhumatisme un signe quelconque d'endocardite ou de péricardite se fut manifesté. *(29 mars.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Occlusion intestinale par cancer de l'intestin. — M. Quenu. — Le chirurgien qui se trouve en présence d'une occlusion intestinale, a tout intérêt à établir la cause néoplasique ou non néoplasique des accidents Ce diagnostic est dans la majorité des cas possible. Il est bien rare que l'accident n'ait pas été précédé par une période de constipation de plus ou moins longue durée, ou par une diarrhée persistante inexpliquée chez un individu d'un certain âge, ou encore par des accès douloureux en un point du ventre toujours le même, par des coliques, des crises de petite obstruction, des envies continuelles de garde-robes, du mélœna, etc.

Digitized by Google

Le choix du traitement est subordonné à l'état de météorisme ou de souplesse du ventre et par conséquent à la date de l'occlusion.

La laparotomie est l'opération de choix, à la condition que le degré de ballonnement du ventre et l'état général du malade la rendent possible et supportable Mais lorsque, appelé au neuvième ou dixième jour d'une occlusion intestinale, on se voit obligé, pour trouver l'obstacle, de procéder à l'éviscération, il est préférable d'établir un anus contre-nature, car dans ces cas la réduction de l'intestin distendu et paralysé est extrêmement difficile, et que d'autre part, les forces du malade ne lui permettent plus de supporter l'exérèse intestinale.

La conduite à tenir est plus discutable si, avec la probabilité d'un cancer comme cause d'occlusion, on se trouve en présence au troisième, quatrième ou cinquième jour des accidents, d'un météorisme moyen et d'un état général satisfaisant Des chirurgiens ont pu dans ces conditions ouvrir le ventre, et, en présence d'une tumeur mobile et limitée, faire d'emblée avec succès l'enterectomie On ne peut généraliser cette pratique ; chaque cas particulier méritant qu'on mette en regard de l'état général du sujet et de sa force de résistance supposée l'estimation des difficultés opératoires et de la longueur probable de l'opération. Mais comment apprécier ces données sans l'ouverture préalable du ventre ?

En raison de cette incertitude, M. Quenu a pris comme ligne de conduite d'établir d'abord, après incision latérale droite et constatation d'un néoplasme, une bouche cœcale temporaire, par laquelle l'intestin se vide. 15 à 20 jours après, alors que l'état général du malade s'est relevé, il ferme la plaie cœcale, et pratique dans d'excellentes conditions une laparotomie médiane, suivie de la résection de la tumeur.

Plaie de l'artère axillaire. — M. Morestin, rapporte un cas de section presque complète de l'artère axillaire droite par instrument tranchant. Une hémorrhagie considérable immédiate provoqua une syncope qui sauva momentanément le blessé. Celui ci fut amené à l'hôpital Saint-Louis, où l'interne de garde. ne pouvant trouver les deux bouts de l'artère dans la plaie, pratiqua la ligature de l'axillaire sous la clavicule. Cette opération sembla tout d'abord réussir Mais le lendemain matin, le blessé, à la suite d'un effort de vomissement, eut une nouvelle hémorrhagie formidable M. Morestin débrida largement l'aisselle, et avec beaucoup de difficulté, put lier les deux bouts de l'artère axillaire, et l'artère circonflexe également sectionnée. Grâce à d'abondantes injections de sérum, le malade pu recouvrer ses forces, et sortit guéri de l'hôpital. Le pouls est resté plus faible à droite qu'à gauche.

Dans les cas de ce genre, la ligature des deux bouts dans la plaie doit-être la méthode de choix, parce qu'elle permet d'éviter les hémorrhagies secondaires par retour du sang dans le vaisseau ouvert, grâce à la circulation du sang dans les artères collatérales.

Sarcome de la capsule fibreuse du rein. — M. Schwartz présente un sarcome pesant 1 kilogr., qu'il a enlevé chez une femme de 52 ans. La tumeur, développée aux dépens de la capsule fibreuse du rein droit et faisant corps avec elle, adhérait au colon ascendant. Son enveloppe était extrêmement vasculaire ; M. Schwartz put la décortiquer et l'enlever complètement. Chemin faisant, le rein, très friable, fut déchiré et enlevé. Guérison rapide, sans insuffisance urinaire. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire, dégénéré à son centre.

(3 avril.)

ACTUALITÉS

Simple conversation avec les lecteurs du « Journal des Praticiens »

Les fidèles lecteurs du *Journal des Praticiens* savent que de temps à autre, nous nous adressons directement à eux pour leur demander leurs excellents avis sur la rédaction du journal et sur les améliorations qu'ils souhaiteraient pour accentuer de plus en plus, de mieux en mieux, son caractère pratique. Ils ont la bonté de nous répondre, et ils doivent s'apercevoir que nous tenons compte de leurs observations, autant que possible. Je ne crains pas de leur répondre, à mon tour, par la voie du journal et de leur demander, dès aujourd'hui, de noter chaque semaine leurs réflexions, afin qu'ils puissent à la fin de l'année, avant la fin d'octobre, nous faire part des grandes améliorations que nous méditons et préparons sans trève ni répit dans le sens pratique, améliorations que nous voulons encore accentuer pour l'année prochaine. Car, le succès oblige, en raison de l'augmentation considérable du nombre de nos lecteurs, surtout depuis deux ans, augmentation qui s'est même traduite au commencement de cette année par l'obligation de faire réimprimer plusieurs numéros complètement épuisés.

Il y a plusieurs points sur lesquels l'opinion est unanime : par exemple, sur la publication des comptes rendus des Sociétés savantes d'*après leurs bulletins officiels*, et une semaine après les séances. Nous sommes en retard de huit jours, mais nous sommes en avance... pour l'exactitude, l'important pour un praticien n'étant point d'être *vite* informé, mais d'être *bien* informé.

Il y a encore unanimité sur le caractère pratique du journal, et tous nos lecteurs admettent avec nous que la meilleure manière de bien comprendre et de servir les véritables intérêts de la pratique médicale, c'est de mettre en accord les actes avec les paroles. A ce sujet, je ne répéterai jamais trop que le *Journal des Praticiens* reste le journal d'*actualité* par excellence, l'actualité n'étant pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours. mais ce qui se *fait* tous les jours dans la pratique médicale. Je répète encore ce que j'écrivais dans la préface de mon livre récent (Consultations médicales) :

Digitized by Google

« Le praticien n'a que faire d'une érudition d'emprunt, d'une exhibition scientifique, de théories toujours renaissantes et sans aucune sanction pratique; il ne veut pas se complaire dans l'œuvre fastidieuse et stérile de Pénélope, édifiant aujourd'hui ce qui sera détruit demain ; *il a besoin de savoir pour agir, non pour discourir.* »

Plusieurs lecteurs — en très petit nombre — nous ont demandé le changement de format de notre journal. Or, c'est là chose malaisée, très difficile, et peut-être imprudente pour tous ceux (et ils sont nombreux) qui collectionnent le journal. A ce sujet, il est utile de déclarer à nos chers lecteurs que cette collection doit avoir un grand prix pour eux, puisque notre publication n'est pas seulement un journal d'informations éphémères, mais un journal de *constante* instruction, et qu'ils trouveront toujours dans les années précédentes, comme dans l'année en cours, des renseignements précieux sur le diagnostic et le traitement des maladies.

D'autres lecteurs — un peu plus nombreux — nous demandent qu'on leur livre le journal *coupé*. Nous avouons alors notre embarras, les uns étant de cet avis, d'autres d'un avis contraire, et cela pour la facilité de la collection et de la reliure du journal. Il n'y aurait qu'un moyen d'éluder la difficulté. Ceux qui voudraient recevoir le journal « coupé » n'auraient qu'à en faire la demande, et alors ils le recevraient un peu plus tard. Mais, cette question demande encore réflexion de notre part et de la part de nos lecteurs pour lesquels la solution de la question dépend de la possession..., d'un coupe-papier, d'une simple carte de visite dans la poche ou dans leur voiture.

Nous avons reçu deux lettres où l'on nous dit en substance : « Le journal est rempli de faits intéressants et pratiques. Mais, pourquoi ne se distinguerait-il pas des autres journaux en supprimant les annonces pharmaceutiques, ou thérapeutiques ?... » Je suis heureux d'avoir reçu ces deux seules lettres, parce qu'elles me permettent de donner mon opinion formelle et sincère sur ce point. Il faut d'abord que nos lecteurs sachent bien que les spécialités thérapeutiques contenues dans les quatre pages de la couverture sont toutes très recommandables, *sans exception;* elles sont toutes recommandables parce qu'avant d'avoir l'honneur de paraître dans notre journal, elles sont soumises à l'examen d'une commission qui ne peut ni ne veut en laisser passer de douteuses. Pour ma part, je ne crains pas de dire que *je les lis toujours très attentivement*, et que je trouve le plus ordinairement dans leur lecture matière à m'instruire et à prescrire sous une excellente forme des médicaments bien préparés. Je n'hésite pas à dire que, dans la pratique médicale, ce qu'on appelle « les spécialités pharmaceutiques ou thérapeutiques » sont souvent d'un grand secours Sans doute, il y en a de douteuses et même de mauvaises parfois. Pour la raison indiquée plus haut, et parce qu'elles sont au préalable soumises à notre examen et à notre approbation, cette objection tombe d'elle-même. Sans doute encore, le praticien ne doit pas perdre la bonne habitude de formuler; mais il y a des cas où il est obligé de recourir à d'excellentes préparations toutes faites. Donc, le journal doit être lu *en entier*. Il n'y a rien d'inutile; tout est à lire et à utiliser en pratique.

Enfin, on nous demande à quelle époque nous ferons paraître un second volume de mementos thérapeutiques. Nous répondons que ce sera pour la fin de cette année, ou le commencement de l'autre, en rappelant à tous nos abonnés, nouveaux ou anciens, que le premier volume de la seconde série paru au commencement de l'année dernière leur a été ou leur sera envoyé à titre gracieux (1).

J'ai répondu, le mieux que j'ai pu, à mes lecteurs. Je les prie de collaborer toujours avec nous pour les constantes améliorations que nous cherchons tous les jours. Je les prie encore une fois de les noter très attentivement et de nous envoyer le résultat de leurs réflexions vers le mois d'octobre, au plus tard. Je leur adresse à l'avance mes plus sincères remerciements pour le service qu'ils me rendront et qu'ils se rendront à eux-mêmes. — H. Huchard.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Desnos reprendra ses conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires le vendredi 3 mai à 4 heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Hôpital Saint Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère commencera le dimanche 5 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Excercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

(1) Ce volume (de 300 pages) a déjà été adressé à près de la moitié de nos lecteurs. L'administration rappelle qu'il suffit d'en adresser la demande aux bureaux du journal (38, boulevard des Invalides) avec 0,60 centimes en timbres postes pour couvrir les frais de poste — Il peut être retiré, *sans aucun frais*, aux bureaux du journal.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — Professeur Debove

Un cas de méningite cérébro-spinale aiguë.

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'un cas de méningite cérébro-spinale que nous avons observé dans notre service et dont nous avons ensuite étudié les lésions sur la table d'amphithéâtre.

Il y a peu d'années, je ne connaissais encore cette maladie que d'une façon théorique, je savais qu'elle survenait épidémiquement, qu'elle était contagieuse, qu'elle s'attaquait surtout aux militaires, qu'elle avait cruellement éprouvé certains régiments, sévi dans certaines casernes, qu'elle se répandait quelquefois dans la population civile, mais personnellement je ne l'avais jamais observée. Par contre, dans ces derniers temps, j'ai vu quelques malades atteints de cette affection, on s'en est occupé beaucoup à la Société médicale des hôpitaux, et, dans le service même, nous en avons observé récemment trois cas.

Vous voyez par là que la méningite cérébro-spinale aigue a tendance à devenir plus fréquente, que nous assistons à une sorte d'épidémie, et qu'il est légitime d'attirer sur elle votre attention.

L..., le malade dont nous nous occuperons aujourd'hui, était âgé de 25 ans, tonnelier de son état. Il nous a été impossible aussi bien pour lui que pour ceux que nous avions observés précédemment, d'établir l'étiologie de la maladie; ces sujets n'avaient été en rapport avec aucun individu atteint de la même affection, ni même d'une façon générale avec un malade quelconque, si bien qu'aucune contagion directe n'ayant pu être mise en lumière, il faut conclure que chez eux la contagion n'a pu être que médiate.

L... jouissait d'une bonne santé habituelle lorsque, le 5 février, après avoir été exposé, toute la matinée, assis sur un camion, à un froid intense, il fut prit brusquement, au milieu de son travail, d'un lumbago violent, de douleurs frontales comparables, disait-il, à la brûlure d'un fer rouge, de douleurs de la nuque qui l'empêchaient de tourner la tête, enfin de vomissements et d'un malaise général très pénible.

Différentes particularités de ce court récit doivent nous arrêter.

Le malade incrimine le froid; il est possible qu'il ait pris pour un effet du froid les frissonnements qui marquent le début des affections fébriles; il est possible aussi que le froid ait diminué la résistance de son organisme et favorisé l'envahisssment de l'agent pathogène. C'est une question qui peut toujours se poser eu début d'un grand nombre de maladies infectieuses fébriles.

Quoi qu'il en soit, la brusquerie du début est indiscutable. La méningite cérébro-spinale débute avec une soudaineté qui rappelle ce qu'on observe dans la pneumonie.

De plus, il y a d'emblée des phénomènes carectéristiques qui auraient probablement permis de faire le diagnostic; outre la fièvre et un malaise général, il y a eu des vomissements, de la céphalalgie indiquant une méningite cérébrale, des douleurs de la nuque et du dos indiquant une méningite spinale.

La céphalalgie a un caractère spécial, elle n'est point banale comme celle qu'on rencontre au début d'un grand nombre d'affections fébriles; elle a eu une intensité qui devait attirer l'attention, le malade, qui est un robuste travailleur, peu sensible, la comparait à l'action d'un fer rouge.

Les douleurs de la nuque sont si intense qu'elles empêchent de tourner la tête. Si nous avions observé le sujet, à cette période, il est probable que nous aurions constaté non pas seulement de la douleur, mais la contracture des muscles de la nuque.

Cependant, le lendemain 5 février, il y eut une légère amélioration et L... tenta de reprendre son travail, mais il fut brusquement repris de frissons, de fièvre, de maux de tête et de vomissements, et définitivement obligé de s'aliter.

Le 6 février et les jours suivants, la fièvre, la céphalée, la douleur de nuque, le torticolis persistent. Le 10 février, L... entre à l'hôpital.

Le malade, quand nous l'observons la première fois, est couché sur le côté gauche, dans l'attitude dite en chien de fusil. Il est immobile, les muscles de la nuque et des membres sont contracturés, on provoque de vives douleurs dès qu'on essaie de mouvoir le malade. J'attire votre attention sur le phénomène de la raideur de la nuque : ce phénomène joint à la douleur du dos et des membres et au signe de Kernig également observé chez notre malade permettait d'affirmer l'existence de la méningite rachidienne.

Je ne vous décris pas ici le phénomène de Kernig, il a été l'objet de nos démonstrations à diverses reprises; je rappelle seulement qu'il est pathognomonique de l'irritation ou de l'inflammation des méninges spinales, qu'on l'observe dans ces cas et qu'on ne le rencontre en aucune autre circonstance.

Mais les phénomènes indiquant une méningite cérébrale ne manquaient pas : le malade se plaignait d'une céphalalgie intense, de douleurs dans le dos et les membres; la prostration était très marquée; dans la nuit, le malade eut un délire violent, pendant lequel il parlait à haute voix et cherchait à se lever

Digitized by Google

de son lit. Quelle part fallait-il faire à la méningite et à l'alcoolisme dans la production de ce délire? Rappelons que l'alcoolisme était indéniable de par la profession même du malade.

Il se produisit une éruption d'herpès labial. C'est un symptôme fréquemment observé en pareille circonstance ; on le voit aussi souvent dans la méningite cérébro-spinale que dans la pneumonie.

Parmi les autres phénomènes de méningite, je signalerai la constipation, une légère inégalité pupillaire, une diplopie survenant par accès.

Le pouls était régulier, mais ralenti (52 pulsations par minute).

La température était de 38°,9. Le cœur, les poumons, les reins ne présentaient rien d'anormal.

Notez encore un signe qui n'a pas grande importance diagnostique, mais qui indique pourtant un trouble profond des vaso-moteurs, c'est la production facile de la raie méningitique.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, le diagnostic de méningite cérébro-spinale fut posé, tellement l'ensemble symptomatique était caractéristique.

Je ne puis faire ici aucun diagnostic différentiel, les choses se présentant avec une netteté telle qu'on n'avait à éliminer aucune autre affection.

D'ailleurs, le diagnostic, s'il avait eu besoin d'être confirmé, aurait trouvé cette confirmation dans le résultat de la ponction lombaire. On retira 20 centimètres cubes d'un liquide louche contenant en grand nombre des leucocytes polynucléaires. L'examen direct ne fit constater aucun microbe, mais on obtint par culture sur gelose sanguine (milieu de Bezançon-Griffon) le meningocoque de Weichselbaum à l'état de pureté.

La présence, en grand nombre, des polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien de notre malade semble confirmer un fait intéressant établi par M. Widal, à savoir que dans les inflammations des séreuses de cause tuberculeuse on voit prédominer les leucocytes mononucléaires, tandis que les leucocytes polynucléaires dominent dans les inflammations d'autre cause.

Nous avions, d'ailleurs, de par l'examen clinique seul, par la marche de la maladie, la soudaineté du début et l'acuité de la marche, éliminé la méningite tuberculeuse.

La courbe de température fut irrégulière jusqu'à la mort ; elle oscilla ordinairement entre 38 et 39,5 ; un soir, le thermomètre monta à 40°.

La prostration alla en s'accentuant ainsi que la raideur de la nuque. Il y eut à diverses reprises des syncopes. Les évacuations étaient involontaires.

Le 20 février, nous découvrons, en auscultant le malade, une pneumonie lobaire du poumon droit. Peut-être la pneumonie existait-elle déjà avant cette date? son début avait été latent, car, le malade ne s'est pas plaint d'un point de côté, n'a ni toussé, ni craché, et l'auscultation n'a pas été pratiquée avec une grande régularité, parce qu'en raison de la raideur de la nuque et de la raideur vertébrale, la moindre tentative de mouvement arrachait des cris et des gémissements au patient.

Le 21 février nous lisons dans l'observation :

L'état général est de plus en plus grave, la stupeur est profonde, la contracture de la nuque et des membres est très marquée, l'incontinence des matières et des urines est absolue. Une eschare sacrée se produit. La température qui avait tendance à baisser s'est élevée de nouveau à 39°.

Les jours suivants l'état comateux est très accentué, le délire cesse. La pneumonie s'étend dans le poumon droit; on trouve dans les deux poumons des signes de broncho-pneumonie.

Le malade s'éteint dans le coma le 28 février, le 24e jour de la maladie.

Cette durée a été un peu anormale, car dans la moyenne des cas la durée ne dépasse guère un septenaire, il y a même des formes foudroyantes dans lesquelles la mort est extrêmement rapide.

Le traitement a consisté dans la ponction lombaire et les bains chauds.

Deux ponctions lombaires ont été faites au début; elles ont permis de retirer 20 centimètres cubes de liquide, et ont paru amener un léger soulagement. Ces ponctions ne constituent d'ailleurs qu'une médication palliative, et en raison de la gravité progressive de l'état général qui ne laissait aucun doute sur l'issue fatale, elles n'ont pas été réitérées.

Nous avons prescrit des bains chauds à 35°, au nombre de quatre par jour; ils ont été continués jusqu'à ce que la situation fût désespérée. On en obtient généralement de bons résultats. C'est d'ailleurs la seule médication qui ait été instituée chez un autre malade de notre service atteint de méningite cérébro-spinale, et il est actuellement convalescent.

Constatons maintenant les résultats de l'autopsie; elle a pleinement confirmé le diagnostic porté pendant la vie.

Presque toute la face postérieure de la moelle, surtout dans la région lombaire et dorsale inférieure est recouverte de grandes plaques purulentes arrondies, allongées, ou ovalaires, formées de pus concrété. A la partie antérieure de la moelle, il n'y a pas de pus. Toutes les méninges spinales sont très congestionnées. La substance médullaire paraît intacte, même dans les points où le pus est le plus abondant.

A la base de l'encéphale, le long du chiasma et des pédoncules, et même sur la face inférieure du cervelet, on trouve des traînées purulentes. Sur le

Digitized by Google

reste de l'encéphale on ne voit pas de pus, mais les méninges sont partout congestionnées. Les vaisseaux de la substance cérébrale sont dilatés. Les ventricules contiennent un peu plus de liquide qu'à l'état normal.

En dehors des centres nerveux, les poumons sont les seuls organes lésés.

Le lobe supérieur du poumon droit est envahi par une pneumonie lobaire, arrivée à la période d'hépatisation grise. Le reste du poumon droit et tout le poumon gauche sont congestionnés ; en pressant sur les petites bronches on fait sourdre du pus et on trouve des foyers de pneumonie lobulaire irrégulièrement disséminés.

J'ai terminé l'histoire clinique et anatomo-pathologique de notre malade.

Il était atteint de méningite cérébro-spinale, affection épidémique et contagieuse, maladie infectieuse produite par une cause spécifique.

Connaissons-nous l'agent pathogène de cette maladie? S'il n'est pas connu encore, ce n'est assurément pas faute d'avoir été cherché ; la méningite cérébro-spinale a été l'objet de travaux considérables de la part de bactériologistes éminents. Actuellement, trois microbes se disputent l'honneur de donner naissance à cette affection :

Le pneumocoque ;

Le méningocoque de Weichselbaum ;

Le streptocoque de Bonome.

Sans compter le bactérium coli, le bacille typhique, le staphylocoque, le streptocoque, qui ont été incriminés dans diverses observations.

Auquel donnerons-nous la préférence ? Si je m'en rapportais à notre seule observation, ce serait au méningocoque, car nous avons pu, grâce à des cultures sur gélose sanguine, constater sa présence dans le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction. Nous avons également reconnu sa présence dans les exsudats purulents des méninges, après l'autopsie.

Mais notre observation personnelle ne doit pas nous faire oublier celles fort nombreuses où l'on a trouvé dans les méninges le pneumocoque ou le streptocoque de Bonome.

En conclurons-nous qu'il y a plusieurs espèces de méningites cérébro-spinales non tuberculeuses produites par des microbes différents? Je le pense, mais il faut reconnaître que les différentes espèces microbiennes décrites dans cette maladie ne correspondent pas à des formes cliniques différentes; on les a rencontrées dans des cas de méningite observés dans une même épidémie. Il me paraît donc vraisemblable que les véritables agents pathogènes nous sont encore inconnus et que les microbes décrits sont simplement des microbes d'association, et ne constituent point la cause réelle de l'affection.

A l'appui de cette assertion, nous rappellerons ce qu'on observe dans la méningite tuberculeuse.

Dans cette affection dont l'agent pathogène est bien connu et assez facile à déceler, on trouve parfois associés, au bacille de Koch, les divers microbes qui nous sont donnés comme agents spécifiques de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Cette dernière affection favorise les infections secondaires, et se complique fréquemment de pneumonie, ainsi que cela a eu lieu dans notre cas. Nous pensons donc que les méningocoques trouvés dans les méninges étaient dus à une association microbienne ou une infection secondaire au même titre que les pneumocoques trouvés dans le lobe hépatisé et dans les noyaux de pneumonie lobulaire.

Par quelles voies pénètreront les meningocoques et les pneumocoques dans l'intérieur des cavités rachidiennes ? On pense que ce pourrait être par les lymphatiques des fosses nasales. Il est certain que le pneumocoque et le meningocoque sont des hôtes fréquemment rencontrés dans le mucus nasal. Nous avons d'ailleurs relevé la présence du pneumocoque dans le mucus nasal de notre malade.

A diverses reprises, dans le courant de cette leçon, il a été question de la ponction lombaire; je vais indiquer en quelques mots son manuel opératoire, car elle tend à entrer dans la pratique, à cause des services qu'elle rend dans les cas de méningite dont le diagnostic est douteux.

On fait coucher le malade dans le décubitus latéral gauche, dans l'attitude dite en chien de fusil. On ponctionne dans le 4e ou le 3e espace lombaire, entre les lames vertébrales droites ou gauches; chez l'adulte il faut enfoncer le trocart à une profondeur de 4 ou 6 centimètres.

Il n'y a aucun danger de léser la moelle, puisqu'à cette hauteur se trouve la queue du cheval, et que les nerfs dont elle se compose fuient sous le trocart de l'opérateur.

Des précautions aseptiques insuffisantes permettraient l'introduction de germes pathogènes, mais grâce aux aiguilles de platine iridiées, dont j'ai introduit l'usage dans la pratique médicale, ce danger peut être évité ; il suffit de flamber les aiguilles.

Il faut éviter de retirer une quantité de liquide supérieure à 20 centimètres cubes chez l'adulte (10 chez l'enfant). La décompression brusque des centres nerveux pourrait amener de la céphalée, de l'hyperthermie, de la petitesse et du ralentissement du pouls, des convulsions.

Le liquide recueilli par ponction fournira des renseignements intéressants ; on constatera s'il a

Digitized by Google

perdu sa transparence, s'il est hémorrhagique ou coloré d'une façon anormale.

L'examen microscopique permettra surtout après centrifugation, de reconnaître le nombre et la forme des éléments figurés tenus en suspension, la présence ou l'absence de microbes.

Enfin la culture ou l'inoculation aux animaux permettront de déceler des microbes, qui, en raison de leur rareté, auraient pu échapper à l'examen direct. En effet, et je tiens à le dire en terminant, les travaux de laboratoire doivent toujours venir en aide à nos observations cliniques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne

Par TUFFIER, *agrégé, chirurgien des hôpitaux*

C'est à Léonard Corning que revient le mérite d'avoir, le premier, analgésié un homme par voie rachidienne. J'ai lu ses différents mémoires, j'ai suivi ses discours à la Société des chirurgiens de New-York. Si je n'approuve pas la forme que nos collègues américains ont donné à leur violente campagne en faveur de leur compatriote, je reconnais le bien fondé de leur réclamation. Corning a vu l'analgésie, ses limites son étendue, les phénomènes qui l'accompagnent; il a indiqué son application chirurgicale, vous ne pouvez lui tenir rigueur de ne l'avoir pas mise en pratique : il est médecin neuropathologiste. Ses mémoires sont restés ignorés sur les rayons des bibliothèques universitaires; combien d'autres découvertes ont eu le même sort ? Nous n'avons pas à nous occuper ici, et cela est bien heureux, des tons plus ou moins aigres de la presse; nous ne devons pas nous laisser influencer par le flot des publications allemandes, et, sans craindre « d'encourir les ironies des journaux d'outre-Rhin », l'exactitude des faits nous oblige à reconnaître que le nom de Corning est inséparable de l'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne.

Le grand mérite de Bier a été d'injecter de parti pris la solution cocaïnique dans le liquide céphalo-rachidien et de pratiquer 6 opérations sous cette analgésie. J'ai rapporté ces faits *in extenso* avant toute publication de ma part. Mais si j'avais dû suivre la technique de notre collègue de Greifswalde, jamais je n'aurais osé pratiquer l'analgésie par voie rachidienne, et je comprends qu'il en dise lui-même « qu'avec une technique obscure et incertaine encore, les injections lombaires donnent une sécurité moindre que nos anesthésiques ordinaires ». Je crois que nous n'en sommes pas là.

Voici les points principaux qui justifient ma technique :

Le malade doit être analgésié en dehors de la salle d'opération. La vue des assistants et de tout l'appareil indispensable à une opération et toujours fort effrayante et, en tout cas, elle provoque chez un malade qui doit être opéré une sensation pénible qui ne peut que lui être défavorable. Les *instruments* nécessaires sont une *seringue* banale stérilisable fonctionnant bien et une *aiguille* spéciale. Je crois dangereux de se servir d'un trocart, surtout volumineux, comme le faisaient Corning et Bier, et voici pourquoi : la ponction au trocart est aveugle; l'instrument, pénétrant dans la région lombaire, ne nous indique jamais si nous sommes dans le sac sous-arachnoïdien; il faut à tout instant enlever le poinçon en laissant le mandrin, et cela n'est vraiment pas pratique. Le *volume* de l'instrument est un danger plus grand encore : l'orifice qu'il pratique dans la dure-mère est assez notable pour que, le mandrin retiré après l'injection, le liquide céphalo-rachidien ou la cocaïne s'écoule par cet orifice. Cela est si vrai que ces auteurs laissaient leur trocart en place pendant les dix minutes nécessaires à l'action de la cocaïne sur les nerfs rachidiens.

L'aiguille employée doit donc être *capillaire*. Le *biseau* qui la termine ne doit pas être trop long, parce que sa lumière pourrait alors se trouver à cheval sur la dure-mère, son extrémité plongeant dans le liquide céphalo-rachidien et le reste étant en dehors de la cavité, si bien qu'au moment de l'injection du liquide une partie passerait dans le liquide céphalo-rachidien et l'autre en dehors de la dure-mère. Si le biseau est trop court, il joue le rôle d'emporte-pièce et, pendant sa pénétration, emporte dans son intérieur du tissu graisseux qui obture sa lumière. J'ai essayé d'éviter ces deux inconvénients extrêmes sans prétendre avoir trouvé la perfection.

La *solution* à employer est une solution de *chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 0/0.*

La *ponction* doit être faite au niveau de la *ligne bi-crête-iliaque.* L'espace sacro-lombaire où, à la suite de Quincke, on ponctionnait et on injectait, est une zone dangereuse. C'est à son niveau que les vaisseaux du filum terminal ont le plus de chance d'être lésés. De plus, cet espace est quelquefois difficile à préciser lorsque le tissu graisseux est très développé, enfin cet espace est situé trop bas quand on veut agir sur l'abdomen. C'est pourquoi j'ai donné le repère de la ligne horizontale bi-crête-iliaque et recommandé de faire asseoir le malade pour augmenter l'interstice des lames vertébrales.

Je passe sur les *difficultés* de cette technique :

Digitized by Google

elles n'existent pas. Les médecins font tous les jours des ponctions lombaires dans un but diagnostic; et vraiment, si un chirurgien est obligé de cribler de coups d'aiguille le dos de son sujet pour pénétrer dans le rachis, il est certain qu'il fera mieux de chercher ailleurs un champ d'exercice après avoir avoué son infériorité sur ses collègues de médecine. La ponction est facile, tous nos collègues la font couramment; et quand elle aura pris rang parmi les exercices de médecine opératoire, personne ne contestera la simplicité de ma technique.

La ponction faite, le *liquide céphalo-rachidien s'écoule d'une façon différente* suivant les cas, et cette différence présente un réel intérêt. Il peut couler en bavant ou sortir en jet. J'ai remarqué et j'ai signalé dans mes premiers mémoires que plus la tension intra-rachidienne est élevée, plus l'analgésie est simple, parfaite, sans accidents immédiats ni consécutifs.

Dès que le liquide s'écoule, l'injection doit être pratiquée, *très lentement* (plus d'une minute pour 1 gramme de liquide), afin de réduire au minimum les modifications dans la tension intra-rachidienne. La perte du liquide est fort peu importante. Vous savez que Bier, dans son expérience sur lui-même, se servant d'un instrument volumineux, perdit brusquement son liquide céphalo-rachidien et, sans avoir reçu de cocaïne, présenta des troubles nerveux pénibles et persistant pendant plusieurs jours. Lorsque l'injection est faite rapidement, la diffusion de l'analgésie est plus étendue et remonte plus haut.

L'analgésie *débute* généralement par les extrémités des membres inférieurs, quelquefois par les organes génitaux. Mes élèves m'avaient fait remarquer cette dernière particularité et mon collègue Vuilliet (de Lausanne) m'en a fourni l'explication anatomique, en montrant que la piqûre correspondait exactement au passage des nerfs de la région. Elle remonte jusqu'à l'épigastre, et, avec une vitesse d'injection plus grande et une dose de 3 centigrammes, j'ai toujours pu agir sur les deux tiers supérieurs du thorax.

La technique que j'ai décrite a d'ailleurs été adoptée par la presque unanimité des chirurgiens et des accoucheurs.

***

Les *inconvénients de la méthode* ont été longuement signalés dans mes différents travaux. Ils ont même fait l'unique objet de ma communication au Congrès international. Les *vomissements* pendant l'opération, la *céphalée* post-opératoire constituent les deux principaux accidents. Je laisse le soin à mes collègues de les développer et je ne veux envisager ici que les deux contre-indications qui pourraient en résulter et qui tiendraient ou à leur *gravité définitive* ou aux *dangers de mort*. Je ne connais pas un seul fait d'*accident nerveux* quelconque, et à plus forte raison de *lésion nerveuse* persistante, apparaissant consécutivement à ce mode d'analgésie. Les troubles qui l'accompagnent sont donc essentiellement passagers et disparaissent sans laisser aucune trace. C'était là le premier fait à bien établir. Mais je tiens à bien le préciser, je n'entends parler ici que des cas où l'injection a été faite *suivant les règles que j'ai formulées*.

S'il plaît à un chirurgien de ponctionner le canal à l'aveugle avec un trocart et un trocart de moyen volume, comme Bier, s'il lui plaît de laisser perdre au malade une quantité notable de liquide céphalo-rachidien, s'il injecte rapidement la solution cocaïnée ou s'il change la dose ou le titre de l'analgésique, je ne suis pour rien dans ses échecs, et les accidents qu'il observera ne peuvent entacher la méthode que je défends. Je ne prends donc la responsabilité que des anesthésies pratiquées suivant ma technique — et le fait a, comme vous l'allez voir, une importance très grande.

J'arrive au point capital de cette question. La *mortalité* par analgésie rachidienne est-elle plus considérable que celle qui est due à l'anesthésie cérébro-spinale? Vous pourriez vous laissez émouvoir par les chiffres qui vous seraient très habilement présentés, chiffres qui sont inexacts; je dois donc serrer de près la question.

Pour pouvoir discuter, précisons bien exactement les termes. La mortalité due au chloroforme est, dit-on, en moyenne de 1 p. 2.500, la mortalité par l'éther est de 1 p. 7.000. J'accepte ces chiffres, mais je vous prie de bien examiner leur valeur. Ils signifient que pendant l'opération *1 malade sur 2.500 meurt et meurt sous le couteau*, dans la salle d'opération; dès l'instant où l'opéré est placé dans son lit et qu'il a ouvert les yeux, l'anesthésique est absous de tous les accidents ultérieurs. Or croyez-vous que l'empoisonnement général provoqué par l'agent anesthésique ait pour cela pris fin, croyez-vous que les perturbations organiques d'ordre congestif du côté des viscères et en particulier du côté des reins pour le chloroforme, du côté des poumons s'il s'agit de l'éther, n'auront aucune part dans les suites opératoires ou dans l'issue fatale? C'est ce que M. Reclus a laissé dans l'ombre. Si telle était votre impression, ce serait à moi de vous mettre en garde contre un dangereux optimisme, et de vous crier gare, ce serait à moi de m'étonner que ces « catastrophes » ne vous aient pas été signalées alors que Schultze, sur 4.919 éthérisations, relève, pour les seules complica-

Digitized by Google

tions pulmonaires, 18 pneumonies, dont 9 mortelles, soit presque 20 p. 100. Pour ma part, j'évite le chloroforme dans les cas où je crains une insuffisance rénale, et je n'emploie jamais l'éther si des lésions actives ou passives du poumon sont à craindre. La mortalité par anesthésie générale doit donc être condérée pendant l'opération et après l'opération. Hors de là, sa statistique est nulle ou non avenue, et cette statistique ne nous a pas été fournie.

Mettons en regard la mortalité par analgésie rachidienne et soumettons-le à ce double critérium. Je veux d'abord vous faire remarquer que le chiffre de 2.000 opérations est illusoire ; il se pratique chaque jour par centaines des cocaïnisations médullaires ; je reçois des mémoires de tous les pays et je serais actuellement incapable de faire le dénombrement exact des faits ; j'ai cité le nombre de 1,300 opérations pratiquées par mes élèves français ou étrangers ou par moi-même parce que je suis certain que l'anesthésie a été effectuée là suivant la technique que j'ai établie, mais je ne puis faire entrer en ligne de compte des observations absolument inutilisables parce que je ne sais quel procédé a été suivi. Quant à vouloir que les chirurgiens qui analgésient par le rachis soient « plus timides ou plus paresseux » dans leur aveu d'insuccès, que ceux qui se servent de l'éther ou du chloroforme, c'est là un pauvre argument et plus philosophique que chirurgical. Je ne veux même pas le discuter. Enfin, j'ajoute qu'il s'agit d'une méthode nouvelle qui devait payer son tribut; voyons, sans aucun parti pris, ce qu'il a coûté.

Depuis son avènement, la mortalité de la cocaïnisation rachidienne pendant l'opération, celle qui entre seule en ligne de compte dans la mortalité par anesthésie générale, est égale à 0. Tous les cas de mort qui lui ont été imputés appartiennent à la seconde catégorie, celle qui tue 2 p. 1,000 des éthérisés : mort après l'opération.

Ces cas sont au nombre de 6 sur 2.000 opérations. Trois d'entre eux, y compris le mien, ont laissé M. Reclus lui-même dans le doute. Dans les 3 cas, la mort survint après une ponction lombaire pour méningite tuberculeuse, sans injection de cocaïne ; dans les 2 autres cas, elle survint 24 heures après l'injection cocaïnique, par le fait même des lésions qui avaient nécessité l'opération.

Ces documents sont insuffisants à faire rayer ce procédé du cadre chirurgical. L'avenir nous apprendra si nous sommes en présence d'un mode d'analgésie qui doit rester avec un champ limité dans la pratique chirurgicale.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Pseudo-lithiase intestinale d'origine médicamenteuse

Par Maurice de Langenhagen

La littérature médicale de ces dernières années contient un certain nombre de faits, relatifs à des médicaments non absorbés par le tube digestif et expulsés sous forme de masses insolubles, de calculs. Ces médicaments sont généralement de la magnésie (Guéneau de Mussy, Blondeau (1), Péreira), du salol (Marshall (2), Brossard (3), ou du bismuth (Kiar) ; on trouvera ces différentes observations relatées dans un travail très complet de Mazerau (4).

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois (juillet 1900), un exemple particulièrement intéressant et fertile en enseignements de cette pseudo-lithiase intestinale. Il s'agit d'une femme de 48 ans, qui me fut adressée à Plombières pour des phénomènes de dyspepsie et de constipation durant depuis plusieurs années : en outre, le médecin de cette malade me signalait, à titre de curiosité pathologique, que, depuis un an environ, elle présentait de la lithiase intestinale d'une façon pour ainsi dire continue, expulsant presque chaque jour par les féces deux ou trois calculs assez volumineux, toujours identiques à eux-mêmes. Cette dame avait ainsi rendu dans l'espace d'une année, environ 300 calculs, qu'elle avait tous précieusement conservés et dont elle m'apporta quelques échantillons. Ils étaient ronds, réguliers, de couleur gris jaunâtre, d'aspect calcaire et ressemblaient à des boutons ou à des pastilles assez épaisses et du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Un peu intrigué par la persistance de cette soi-disant lithiase, j'interrogeai avec soin la malade sur son genre de vie, son alimentation, afin de voir s'il n'y avait pas de ce côté quelque chose qui pût expliquer la production régulière de ces calculs. J'appris ainsi que, depuis le même temps à peu près que les calculs avaient commencé d'apparaître dans les féces, la malade suivait un régime composé de viandes rôties, d'œufs, de purées et de légumes verts en abondance, et, à chaque repas, elle prenait un cachet suivant la formule :

Bicarbonate de soude.....
Magnésie calcinée..... } ãã 0 gr. 25
Craie préparée.....

Grâce au régime, les phénomènes dyspeptiques et

(1) Blondeau. *Soc. de thérapeutique*, 1879.
(2) Marshall. Salol calculé. *British Med. Journal*, London, 1897.
(3) Brossard (du Caire). *Bull. gén. de thérap.*, 1897.
(4) Mazeran. Calculs de l'intestin. *Thèse de Lyon*, 1899.

Digitized by Google

la constipation s'étaient un peu amendés, mais les calculs continuaient à être régulièrement émis. Il n'y avait ni entérite muco-membraneuse, ni sable intestinal mélangé aux calculs. L'examen du ventre ne me révéla rien de particulier, sauf un degré assez notable de dilatation d'estomac.

Après avoir indiqué un traitement thermal consistant surtout en bains et en entéroclyses j'engageai la malade à écarter de son alimentation les légumes verts que je soupçonnais d'apporter des sels et des éléments minéraux en trop grande quantité, et je lui prescrivis en outre de suspendre momentanément l'usage de ses cachets médicamenteux. L'effet de ces recommandations fut immédiat : la malade cessa d'expulser des calculs. Plusieurs fois, je renouvelai l'expérience, faisant supprimer tantôt les cachets seuls, tantôt les légumes verts seuls, et j'arrivai bien vite à me convaincre que, chaque fois que la patiente absorbait des cachets, elle rendait un nombre à peu près correspondant de calculs. Il apparaissait donc clairement que, chez cette malade, les cachets médicamenteux n'étaient pas dissous par les sucs gastro-intestinaux, et se tranformaient en calculs.

Il restait cependant à établir la preuve chimique de l'identité des calculs et des cachets. Je les confiai à M. le professeur Schlagdenhauffen, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, qui voulut bien se charger d'en faire l'analyse. Voici les résultats qu'elle donna :

Poids moyen des calculs : 0 gr. 614.

Substances contenues (chiffre moyen) :

Bicarbonate de soude.....	0 gr. 105
Carbonate de chaux.....	0 — 2618
— de magnésie.....	0 — 2332

Les calculs reproduisaient donc fidèlement le contenu des cachets, sauf que la proportion de bicarbonate de soude y était notablement plus faible.

Quel mécanisme peut-on invoquer pour expliquer la transformation presque intégrale dans le tube digestif de notre malade des cachets en calculs? Deux hypothèses peuvent être faites à cet égard :

On peut supposer d'abord que les cachets qu'absorbait journellement la patiente étaient mal préparés. Un certain nombre de pharmaciens se servent, en effet, depuis quelques années, pour gagner du temps en scellant leurs cachets, d'instruments automatiques appelés compresseurs ou compresso-doseurs ; ces instruments réduisent en un bloc très serré les substances qui entrent dans la composition du cachet et qui devraient rester à l'état pulvérulent. On conçoit fort bien que des cachets ainsi préparés, et qui durcissent encore en vieillissant, ne se laissent pas entamer par les sucs digestifs, et « passent debout » en quelque sorte à travers l'estomac et l'intestin.

On peut encore faire une autre hypothèse qui s'appuie sur des réactions chimiques bien connues. On sait, depuis les travaux de Sainte-Claire Deville, que la magnésie et la chaux, au contact de l'eau, se durcissent très rapidement en formant un ciment, et que cette réaction est favorisée par la présence d'une certaine quantité de bicarbonate de soude. — A l'état normal, cette réaction ne peut avoir lieu dans l'organisme, parce que la magnésie et la chaux sont attaquées et dissoutes par l'Hcl du suc gastrique; mais si cet acide vient à manquer, si on donne la magnésie et la chaux à des hypo et surtout à des anachlorhydriques, ces bases passent, non dissoutes, dans l'intestin, et là. dans ce milieu alcalin et abondamment pourvu d'eau, elles subissent la pétrification, elles forment un ciment. Quant au bicarbonate de soude, qui entre aussi dans la composition de nos cachets, une partie s'en dissout, l'autre partie agissant comme adjuvant pour favoriser la cimentation.

Mais pourquoi, dira-t-on, cette cimentation ne se produit-elle pas d'une façon constante et en toutes circonstances ? La magnésie et la chaux font partie de formules couramment usitées, et cependant on n'a pas ouï dire que des surprises de ce genre aient été fréquemment signalées. A cela je répondrai tout d'abord que ces concrétions magnésiennes ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. J'en ai rappelé plus haut plusieurs cas. Halipré vient encore, récemment, d'en mentionner un nouveau (1), qui présente une certaine analogie avec le nôtre. Il s'agit d'une malade de 20 ans, qui, pour vaincre une constipation tenace, absorba, en 4 mois, 50 grammes de magnésie en poudre; au bout de ce temps, un purgatif salin fut administré et provoqua une évacuation abondante, dans laquelle on trouva une vingtaine de calculs de forme irrégulière, sans facettes, se laissant facilement sectionner, du poids de 0 gr. 35 à 0 gr. 80, et formés de carbonate de magnésie.

On peut aussi admettre que, bien souvent, ces concrétions magnésiennes ont passé inaperçues des malades, ou bien ayant été vues par eux et signalées au médecin, n'ont pas reçu les honneurs d'une publication.

Enfin, il est certain que la condition nécessaire pour que le calcul puisse se former, est que l'H Cl du suc gastrique soit absent ou en quantité notoirement insuffisante. C'est précisément ce qui avait lieu, selon toute probabilité, chez notre malade; l'analyse du suc gastrique n'a pu, il est vrai, être faite, mais tous les signes cliniques étaient en faveur d'une hypochlorhydrie.

(1) Halipré. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 avril 1900.

Digitized by Google

Au surplus, quelle que soit celle de nos deux interprétations, préparation défectueuse des cachets, ou théorie de la cimentation, qu'on adopte — et rien n'empêche de les admettre toutes les deux simultanément, — l'intérêt clinique du petit fait que j'ai voulu mettre en évidence demeure. Peut-être contribuera-t-il à mettre en garde les praticiens contre l'abus des poudres alcalines, peut-être aussi les avertira-t-il de rechercher parfois dans leurs propres prescriptions l'explication de faits pathologiques anormaux qui paraissent présenter au premier abord, un ragoût exceptionnel d'originalité et de rareté !

Formulaire du Praticien

Traitement de la gale. — Ce traitement comprend deux points principaux : la destruction des acares, et ensuite combattre les affections cutanées secondaires qui se sont greffées sur la maladie.

Le traitement rapide de Hébra consiste en frictions avec le savon noir suivies de bains. Ensuite, on fait une friction d'une demi-heure avec la pommade de Hébra Wilkinson, suivie elle-même d'un bain. Voici la formule de Hébra :

Naphtol	10 grammes
Axonge de porc	70 —
Savon vert	35 —
Craie blanche	10 —

Le traitement en usage à l'hôpital Saint-Louis consiste en une friction d'une demi-heure de savon noir, bains, friction avec une toile rude, puis, friction avec la pommade d'Helmerich, modifiée par Hardy :

Fleur de soufre	20 grammes
Carbonate de potasse	10 —
Axonge	120 —

24 heures après, un bain, puis onction graisseuse et désinfection des vêtements.

Dans la clientèle privée, Besnier conseille deux frictions dans les 24 heures avec la pommade suivante :

Carbonate de potasse	25 grammes
Soufre précipité	50 —
Axonge	300 —

puis un bain et appliquer ensuite pendant plusieurs jours, la pommade suivante :

Soufre précipité	àà 125 grammes
Glycérine	
Carbonate de potasse	5 —

Depuis quelque temps, Besnier emploie l'huile salolée à 5 0/0.

De Lallis, d'après Leistikow, à qui nous empruntons la plupart de ces renseignements (1), fait faire quatre frictions avec des pommades à la créoline à 5 0/0. Kaposi emploie la formule suivante ;

Naphtol β	15 grammes
Craie	10 —
Savon noir	50 —
Axonge	100 —

César Bœck préconise la suivante :

Naphtol β	20 grammes
Soufre précipité	40 —
Savon noir	40 —
Huile de cachalot	80 —
Cire jaune	20 —

Voici une formule de Brocq :

Styrax liquide	àà 20 grammes
Soufre précipité	
Craie	
Savon noir	àà 40 —
Axonge	

Leistikow préconise la poudre de pyréthre, le styrax, le soufre ou le naphtol pour le corps, et pour les mains une mousseline pommade au baume du Pérou :

Naphtol β	5 grammes
Soufre précipité	10 —
Styrax	30 —
Poudre de pyrèthre	30 —
Axonge	100 —

Faire une friction quotidienne pendant 3 jours et faire porter au malade de la flanelle,

Comessati conseille une solution au 1/5 de hyposulfite de soude et de laudanum, puis une autre friction avec une solution :

Hcl	50 grammes
Eau	1000 —

Récemment, Jullien a préconisé contre la gale le baume du Pérou, qu'on peut appliquer à l'état pur, ou en pommade ou en teinture chaque soir pendant une semaine.

La dermite post-scabieuse sera traitée avec succès par une pommade à l'ichthyol ;

Ichthyol	3 grammes
Vaseline	10 —
Gélanthe	100 —

Une un deux onctions quotidiennes pendant deux ou trois jours.

Les autres complications : eczéma, furonculose, impetigo, nécessitent un traitement spécial. — S. R.

(1) Thérapeutique des maladies de la peau. Rueff, éditeur.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Principes physiologiques dans les régimes. — La diététique, pour être rationnelle, doit s'appuyer sur la physiologie de l'estomac. C'est à établir ces principes physiologiques que s'est occupé le Dr Max Buch, dans son « étude expérimentale sur le régime dans l'hyper et l'hypochlorhydrie. » (*Zeitschrift f. diatetische und physikalische Therapie*, 1900, 3 4. Heft).

Ce n'est qu'assez récemment, avec les expériences de J.-B. Pawlow et Schumowa-Simanowskaja (1889-1890), que la physiologie ds la sécrétion stomacale s'est éclairée. Pour écarter les causes d'erreur, ces auteurs se servaient de chiens œsophagotomisés, supprimant ainsi toute communication entre les voies supérieures et l'estomac. D'un autre côté, A.-S. Ssanozki, séparait par suture une partie de l'estomac, comme déjà l'avait proposé Heidenhain. C'est à l'aide de ces dispositifs expérimentaux que les problèmes de la physiologie de l'estomac furent élucidés. On a pu constater les faits suivants :

1° La *quantité de suc gastrique* est *en relation* presque directe *avec la quantité d'aliments ingérés.*

2° La *production du suc gastrique* dure *tant que persiste la digestion gastrique*, avec des oscillations semblables pour des circonstances semblables.

3° Les proportions de *pepsine* et celle d'*HCl* n'ont *aucun rapport* entre elles. Tandis que la teneur en *pepsine varie* beaucoup dans la même période digestive, mais toujours de même façon pour les mêmes circonstances, d'où une courbe typique, la teneur en *HCl* reste *constante*.

L'*acidité vraie du suc gastrique*, non mêlé à des aliments, n'est *modifié que par le mucus alcalin* et dans une proportion de *25 0/0*. Il faut aussi parfois tenir compte de la *bile*.

4° La concentration de la pepsine varie avec chaque aliment. L'albumine végétale demande cinq fois plus de pepsine que l'albumine du lait et l'albumine musculaire 50 0/0 de plus que celle du lait.

5° L'acidité comme expression de la rapidité de sécrétion diffère avec chaque aliment; elle est au maximum avec la viande, au minimum avec le pain.

6° La quantité de suc gastrique varie. Avec les végétaux, il coule plus lentement, mais plus longtemps qu'avec la viande, qui disparaît plus vite de l'estomac.

7° Le suc gastrique commence à couler 4 à 5 minutes après le début du repas.

8° L'irritation mécanique de la muqueuse stomacale n'a aucune influence sur la sécrétion du suc gastrique.

Comme déjà le disait Blondlot, dans son traité datant de 1843, il semble que les glandes gastriques aient une intelligence et adaptent leur sécrétion à chaque aliment, ce qui n'est possible qu'avec un riche appareil réflexe.

Il est important de se rendre compte du rôle des nerfs dans la sécrétion du suc gastrique.

Le nerf pneumogastrique, le sympathique et les ganglions ont chacun leur rôle.

Le vague est la voie réflexe qu'emprunte l'excitation psychique déterminée par les aliments ingérés ou même seulement vus. Chez les chiens œsophagotomisés le suc gastrique apparaît 5 minutes après qu'ils ont commencé à manger et tant que dure leur repas fictif. La section du nerf arrête la sécrétion, malgré que l'animal continue à prendre des aliments. l'électrisation du bout périphérique ramène la sécrétion. Il y aurait aussi quelques filets d'arrêt de la sécrétion gastrique dans le vague (Lobassow).

Le vague n'agit pas par action vaso-motrice, mais sécrétoire; il existe des faisceaux secrétoires pepsinogènes ou trophiques (Heidenhain).

Toutefois, la sécrétion arrêtée par la section du vague, reprend, même exagérée, pendant les premières semaines qui suivent l'opération.

Lorsque les deux vagues sont coupés, il n'y a plus comme innervation que le sympathique et les ganglions. La section des splanchniques n'a aucune influence.

Après la section des vagues, il est indifférent que les aliments soient déglutis ou introduits directement dans l'estomac. Quelques-uns, comme les légumes secs, le blanc d'œuf cuit, la graisse ne provoquent aucune sécrétion; d'autres, comme la viande, le lait, l'eau amènent une sécrétion, mais différente de celle qu'on observe quand le pneumogastrique agit. Elle n'apparaît qu'au bout de 20 à 30 minutes, et se prolonge plusieurs heures après celle du vague; elle contient moitié plus de pepsine.

Dans le réflexe sécretoire sympathique, ce n'est pas le contact, mais les propriétés chimiques des aliments qui servent de provocation.

Tandis que l'eau ne met pas en jeu le vague, elle fait agir le sympathique, de même la viande, mais à la dose de 200 grammes. Le chlorure de sodium, l'acide chlorhydrique, le blanc d'œuf, n'ont aucune action ! Le soda arrête la sécrétion, mais donne du mucus. La viande crue, de même le jus, les extraits de viande, excitent puissamment la sécrétion, comme

Digitized by Google

certaines marques de peptone ; d'autres sont complètement inactives ; il est vrai qu'à l'analyse ces dernières ne donnaient que des albuminoses ; mais la peptone chimiquement pure reste aussi indifférente, comme la créatine et la créatinine.

La viande cuite est d'autant plus inactive qu'elle est plus cuite.

Le *lait* se place à côté de la viande crue.

Les légumes crus ou cuits, les sucres, ont une action en rapport avec l'eau qu'ils contiennent.

En somme, *légumes et albumine de l'œuf ne se digèrent que si le sujet a de l'appétit*, ce qui provoque par le vague un réflexe à point de départ psychique, autrement par eux-mêmes les aliments sont incapables d'exciter aucune sécrétion,

Bouillon et suc gastrique. — Le bouillon ordinaire, le thé de viande, les extraits de viande agiraient comme agents provocateurs de la sécrétion, d'après le Dr Max Buch, et principalement de la sécrétion chlohydrique. C'est un peu l'action peptogène avancée par Schiff.

Si l'on soumet comparativement des sujets soit normaux, soit hyperchlohydriques, soit hypochlohydriques, à des repas d'épreuves qui varient seulement parce qu'on remplace les 400 grammes de thé, par même quantité de bouillon, on constate une augmentation de 50 à 80 0/0 en chiffres ronds de l'HCl. Chez les hypochlorhydriques, l'augmentation se montre plus élevée la première heure que la seconde.

Toutefois dans les tableaux annexés au travail du Dr Buch, on remarque que chez les hypochlorhydriques, l'amélioration ne va pas souvent jusqu'à donner de l'HCl libre, mais porte sur l'HCl combiné. Il y a là cependant une indication utilisable pour la pratique et notre confrère finlandais prescrit à ses hypochlorhydriques trois fois par jour du thé de viande, chez les dilatés, il ne va pas au-delà de 200 ccm,, rarement 300 ccm.

Par contre, il s'en abstient chez les hyperchlorhydriques.

Augmenter, quand il est besoin, l'acidité du suc gastrique a une influence qui se répercute au-delà de l'estomac, car, d'après Pawlow, il y a corrélation entre l'acidité du suc gastrique et la production plus ou moins abondante du suc pancréatique.

Chez les gastrostomisés, on note le plus souvent de l'hypochlorhydrie, parce que chez eux, il manque l'excitation psychique de la nourriture prise par la bouche, excitation qui varie avec les aliments divers, et qui se réfléchit sur l'estomac par la voie du nerf vague. Chez de tels opérés, on améliore leur chlorhydrie par la mastication, et, faute de mieux, par le bouillon, ou les préparations analogues, culinaires ou autres.

Des graisses dans les régimes. — Dans son travail le D Max Buch établit que *toutes les graisses*, soit animales, soit végétales, *ont une influence défavorable sur la sécrétion gastrique.* Les expériences font constater le fait chez les animaux, aussi bien chez ceux dont les pneumogastriques sont intacts que chez ceux auxquels on a coupé ces nerfs.

L'ingestion d'huile dans l'estomac, précédant celle des aliments, retarde et amoindrit la sécrétion stomacale. Si l'huile est prise après le repas, elle l'arrête ou la diminue considérablement.

Toutefois, dans les expériences avec « alimentation fictive », c'est-à-dire lorsque les aliments donnés aux animaux à fistule œsophagienne, ressortent par la fistule et n'arrivent pas dans l'estomac au cours d'un repas prolongé, la sécrétion se rétablit quand même.

Action de la graisse dans l'hyperchlorhydrie. — Sans entrer dans toutes les considérations physiologiques qui ont rapport à l'hyperchlorhydrie, on peut la considérer comme une sécrétion prolongée qui, au lieu d'avoir son maximum vers la fin de la première heure, se prolonge jusque vers la cinquième. L'adjonction de graisse au repas réduit cette sécrétion chlorhydrique chez les sujets normaux, elle semble le faire chez les hyperchlorhydriques. La graisse ne serait donc pas contre-indiquée chez ces derniers.

Ainsi, le Dr Buch a fait ingérer chez six malades jusqu'à 100 grammes de beurre et 30 grammes d'huile d'amande douce, et en a obtenu de bons résultats.

Même malgré la persistance de l'hyperchlorhydrie, il se produit un sentiment de bien-être ; du reste, les douleurs ne sont pas en rapport direct avec la haute teneur en HCL.

Certains hyperchlorhydriques ont une grande tolérance pour la graisse.

Mais il ne faut pas oublier non plus que certains, les dilatés, ne la supportent pas, et par la raison que la *graisse retarde l'évacuation gastrique.*

C'est donc la seule contre-indication de la graisse. L'ulcère simple n'en est pas une.

Les corps gras les mieux tolérés sont le beurre et l'émulsion d'huile, en somme ceux dont le point d'ébullition est le plus bas.

Dans l'hyperchlorhydrie, il y a avantage à ne pas administrer d'eau gazeuse, excitatrice de la chlorhydrie, de remplacer par exemple le bicarbonate, producteur de CO^2, par le carbonate, si ce dernier n'avait un goût détestable. — H. G.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Infection et épilepsie. Tentatives de médication par les toxines microbiennes. — Pendant des siècles et jusqu'à nos jours, on a vécu dans cette idée de la suspension des crises convulsives de l'épilepsie, sous l'influence des maladies fébriles ou infectieuses intercurrentes. *Febris accedens solvit spasmos*, avait proclamé Hippocrate. Puis, il avait admis surtout l'action d'arrêt des fièvres intermittentes : *Quaterna epilepsiæ vindex*. Cette notion avait même suggéré en 1844 à Selade (de Bruxelles) l'idée d'exposer les épileptiques à la malaria pour les guérir de la maladie. Or, les maladies infectieuses peuvent, ou atténuer ou aggraver temporairement l'épilepsie. Telle est la vérité qui se dégage maintenant des observations cliniques. Tantôt, comme le dit G. Fradin dans son excellente thèse inaugurale (Paris, 1901), l'épilepsie évolue tranquillement en suivant sa marche normale côte à côte avec une maladie infectieuse ; tantôt l'épilepsie semble aggravée par ces maladies, au point même que celles-ci peuvent devenir parfois l'origine de l'affection convulsive, comme P. Marie (1887), Bourneville et Dardel (1898), Marandon de Montyel, puis Dide (*Revue de méd.*, 1899), en ont cité des exemples. Dans sa thèse inaugurale (Lyon, 1880), où il étudie « l'influence des fièvres éruptives sur les névroses de l'enfance », Chatillon publie l'observation d'une rougeole ayant amené avant l'éruption une exagération du nombre des crises et ensuite une disparition presque complète des accès.

La cause de l'action réelle, atténuante ou aggravante, exercée sur la marche de l'épilepsie par les maladies infectieuses, soulève trois questions :

1° Est-ce la fièvre elle-même, l'hyperthermie, qui doit être invoquée ? Nullement. Car, il y a des états fébriles très élevés, comme dans l'érysipèle, la pleurésie purulente, un abcès pulmonaire, où la marche de l'épilepsie n'est pas modifiée. Par contre, l'helminthiase qui ne s'accompagne pas de fièvre, aggrave les phénomènes convulsifs.

2° Est-ce la nature même de l'épilepsie qui peut-être invoquée ? Quelques auteurs l'ont soutenu, et parmi eux Quériaud (thèse de Bordeaux, 1884), qui insistait sur la résistance des épilepsies congénitales et héréditaires à l'action des maladies intercurrentes. Mais cette observation n'a pas confirmé toujours cette opinion, trop exclusive.

3° Est-ce la nature même de l'infection ? Là, est le nœud de la question, et il y a huit ans, P. Marie a soutenu que, dans l'étiologie de l'épilepsie, la première place revient aux maladies infectieuses, l'hérédité ne pouvant pas toujours être invoquée. « L'épilepsie dite idiopathique est presque toujours infectieuse ; sa cause est donc extérieure à l'individu et postérieure à la conception. »

Parmi les maladies intercurrentes, les unes exercent une influence favorable, les autres une action défavorable sur les crises épileptiques. D'après J. Voisin que cite son élève Fradin, dans le premier groupe se rangent : l'*érysipèle*, l'*anthrax* (d'après Queriaud), la *pneumonie franche*, la *rougeole*, la *tuberculose*, la *variole*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *fièvre intermittente*, la *vaccine* (d'après Féré), la *diphtérie* (Fradin et Voisin).

Dans le second groupe : la *scarlatine*, la *grippe*, la *fièvre typhoïde*. Il y a donc des pyrexies qui exaspèrent l'épilepsie, d'autres qui l'atténuent, et ces effets variables ne peuvent s'expliquer que par la variabilité d'action des toxines microbiennes, dont les unes exercent une action d'arrêt sur l'excitabilité de la zone motrice du cerveau, et dont les autres ont au contraire le pouvoir d'exalter cette excitabilité.

L'indication thérapeutique dans l'épilepsie consiste à diminuer le pouvoir excito-moteur des centres nerveux, et cette indication est remplie, non seulement par l'emploi de la médication bromurée, mais aussi par lotions glacées rachidiennes, par les pulvérisations d'éther, par des pulvérisations de chlorure de méthyle proposées, il y a plusieurs années (en 1888) à la Société de thérapeutique par H. Huchard dans le traitement d'autres névroses. D'autre part, comme dans les maladies infectieuses, il y a des toxines *convulsivantes*, et d'autres *modératrices* pour le système nerveux, c'est à ces dernières qu'il faut s'adresser dans les tentatives faites pour traiter l'épilepsie par des produits microbiens. A ce sujet, dès 1892 (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*), Lannois ayant observé une jeune épileptique dont les crises avaient disparu pendant la durée d'un érysipèle phlegmoneux, a eu l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées avec une culture filtrée de staphylocoque doré, ou encore mieux de streptocoque, et dans quelques cas, encore trop peu nombreux pour conclure, il a obtenu des résultats très encourageants. A l'aide de cette médication nouvelle par les toxines microbiennes, il n'est plus question, comme le voulait Selade autrefois, de substituer une maladie à une autre et de guérir ensuite la seconde. Ici, on ne donne la maladie qu'à dose thérapeutique, « juste assez pour que ses propriétés nocives viennent s'user à combattre l'autre affection et que le malade n'en ressente pas les effets. » En un mot, il ne s'agit pas d'inoculer une maladie en bloc, mais d'injecter des toxines convenablement dosées et incapables de produire la maladie. Ce serait comme la vaccine arrêtant la variole,

Digitized by Google

Ces tentatives de thérapeutique toxi-microbienne sont très intéressantes et suggestives. Nous y reviendrons. — H. H.

Cactus grandiflora, tonique-cardiaque. — Le cactus grandiflora (ou grandiflorus), appartenant à la famille des cactacées, est originaire des Antilles et du Mexique. On en a isolé un principe actif, la *cactine*, encore peu employé. Dans le Traité de thérapeutique appliquée (1896, fasc. X), Huchard qui a employé ce médicament avec quelques succès dans les cardiopathies, rappelle qu'en 1883, O'Hara en a obtenu de bons résultats dans l'asystolie avec dilatation cardiaque ; il admet que son action s'adresse plutôt aux troubles fonctionnels du cœur, et qu'il ne produit pas d'effets diurétiques très appréciables, contrairement à l'opinion de Jones (de Glascow). Cependant le cactus est un tonique du cœur, il renforce la systole et diminue la diastole, tout en élevant la tension artérielle. Son grand avantage est de ne pas s'accumuler dans l'organisme.

La posologie de ce médicament est la suivante : 10 à 40 gouttes de teinture (1/5 de cactus) 2 à 3 fois per jour ; — 20 à 40 gouttes d'extrait fluide ; — 4 à 6 pilules d'extrait aqueux à 0,05 cent.

Pour triompher de l'asystolie et de l'arythmie des névropathes, E. Boinet et Boy-Teissier (1891), indiquent les doses quotidiennes de 80 à 120 gouttes de teinture, et ils ajoutent que ces doses continuées pendant des semaines, n'ont aucun inconvénient accumulatif ou autre, comme Huchard a pu le confirmer. — D. R.

Apocynum cannabinum, cardiaque-diurétique. — De la famille des apocynées, cette plante herbacée se trouve aux Etats-Unis, où depuis 1860, Harvey, Zewett, Murray, l'ont employée à titre de médicament cardiaque. En Russie, Glinsky, Datchewsky et Lapchine ont confirmé en partie ces résultats. Ceux que M. Huchard a obtenus et qui sont consignés dans la thèse de Fromont, en 1895, n'ont pas toujours confirmé les vertus diurétiques de ce médicament que l'on a exagérés au point de lui donner le nom très significatif de « trocart végétal. » Néanmoins, c'est comme le cactus grandiflora, un médicament qui a sa place parmi les médicaments cardiaques. D'après Lauder-Brunton (*Méd. moderne*, 25 janvier 1896), l'apocynum connabinum peut être administré aux doses de 45 à 90 centigr. (poudre de racine) ou en décoction, à la dose de 8 à 6 gr., deux ou trois fois par jour. A dose modérée, s'il peut ralentir, tonifier et régulariser le cœur; à dose trop élevée, il peut déterminer des effets purgatifs et vomitifs. Dans une observation de Lapchine (insuffisance mitrale, rareté des urines, asystolie), l'apocynum aurait ralenti en huit jours, les pulsations de 150 à 58 et l'urine serait montée jusqu'à 8 litres (?) Les expériences de Glinsky et de Semenoff auraient démontré que l'apocynum renferme un principe analogue à la digitale et qu'il arrête le cœur en systole incomplète. Murray (*Thérapeutic gaz.* 1889) préconise l'apocynum sous forme de teinture alcoolique (une partie de la racine pour 10 d'alcool), à la dose de 5 à 10 grammes, 3 ou 4 fois en 24 heures, et il pense que c'est un tonique et un régulateur du cœur, agissant plus rapidement que le strophantus et la spartéine. L'extrait fluide peut être prescrit à la dose de 15 gouttes, trois fois par jour, et M. Huchard (*Thérapeutique appliquée*, fasc. X, 1896), l'a prescrit une fois à la dose de 80 gouttes sans provoquer d'accidents. — D. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Les hématémèses dans l'appendicite. — Il serait injuste et inexact à la fois d'attribuer la priorité de la connaissance des hématémèses infectieuses dans l'appendicite, aux communications académiques de cette année. Nous avons déjà rappelé à ce sujet les observations de Guyot et Carles (*Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 1899), de Kirmisson (*Gaz. hebd. de méd.* 1900), de Broca (*Actualités médicales, sur l'appendicite*, 1900). Il convient encore de dire que le premier travail d'ensemble sur ce sujet émane du Dr G. Charlot, élève de Lannelongue, qui, dans une courte et excellente thèse réunissant six observations, a trouvé le moyen de dire tout ce qui a été repété depuis sur cette question. Il n'est pas jusqu'au *vomito negro* qu'il n'ait signalé pour le rapprocher de l'hématémèse appendiculaire, d'où l'appellation ultérieure de « vomito negro appendiculaire ».

Voici les excellentes conclusions de cette thèse (1900), où il est démontré : que ces hématémèses se rencontrent plus souvent « dans les formes s'accompagnant de péritonite généralisée et d'état septique grave »; que les lésions des muqueuses sont toujours superficielles ; que les hémorrhagies semblent être toujours d'origine toxi-infectieuse ; qu'elles sont d'un pronostic fatal. Cependant, il y a un traitement : vessies de glace, boissons glacées, ergotine en injections, et injections abondantes et répétées de sérum artificiel. — D. R.

MÉDECINE INFANTILE

Fièvre typhoïde infantile à forme exanthématique. — Rien n'est plus varié que l'opinion des auteurs sur la valeur pronostique de l'éruption

Digitized by Google

de taches rosées dans la fièvre typhoïde. Tandis que Griesinger, Rilhiet et Barthez, Jaccoud, considèrent une éruption abondante comme un élément de pronostic favorable, Trousseau, Chantemesse soutiennent au contraire que le nombre des taches rosées est en rapport avec la gravité de la maladie.

Weill et Lesieur (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* mai 1900) ont étudié cette question d'après 280 cas de fièvre typhoïde observés par eux chez des enfants, et sont arrivés à cette conclusion, qu'il y a lieu de décrire une forme spéciale, *exanthématique*, de la fièvre typhoïde infantile. Cette forme présente trois caractères principaux :

1° L'éruption cutanée y est très importante, les taches rosées y sont précoces, apparaissant quelquefois dès le quatrième jour; elles sont parfois grandes, ecchymotiques, papuleuses, mais surtout leur nombre est considérablement accru et elles sont généralisées à toute la surface de la peau, parfois même sur les jambes et les avant-bras. Dans un cas analogue, Murchison en avait compté plus de mille.

2° Le second caractère est l'absence ou la bénignité extrême des symptômes digestifs. Le plus souvent, les fonctions digestives ne sont nullement troublées; il n'y a pas de diarrhée, le ventre n'est pas ballonné la langue est à peine saburrale.

3° Enfin, surtout, le pronostic est bénin; la guérison est la règle en quinze à vingt jours. La température est peu élevée; les rechutes sont insignifiantes; jamais aucune complication grave n'a été observée. — E. L. M

MEDECINE LÉGALE

Les intoxications causes d'avortement. — Nous empruntons, aux *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, le mémoire ci-joint de M. le Professeur Brouardel.

Poisons métalliques. — Il faut distinguer les avortements qui peuvent être produits par l'ingestion de substances toxiques prises accidentellement ou dans le but de provoquer l'expulsion du fœtus, de ceux qui proviennent de l'empoisonnement chronique des ouvrières, travaillant dans les ateliers d'une industrie insalubre.

Arsenic. — Taylor rapporte avoir eu à examiner une femme qui, après le cinquième mois de la grossesse, avait pris une haute dose d'arsenic. Elle mourut en moins de sept heures, ayant eu, pendant ce temps, des vomissements et de la diarrhée, sans que l'avortement ait eu lieu.

Dans un autre cas, un médecin prescrivit de l'émétique à une femme enceinte : l'avortement d'un fœtus de trois mois environ se produisit le jour même.

C'est que prises à haute dose, ces substances occasionnent un flux intestinal, analogue, au point de vue des symptômes, au choléra et pouvant, comme le choléra, provoquer l'avortement. Non seulement le choléra stibié ou arsenical présenterait des symptômes analogues au choléra nostras, mais, au point de vue de sa pathogénie, ses rapports avec le choléra nostras seraient des plus étroits; les bacilles coli contenus dans l'intestin traversent ses parois et pénètrent dans l'économie, on en trouva dans la cavité péritonéale.

L'identité des symptômes est telle que des individus ont eu l'idée, pendant une épidémie de choléra, d'empoisonner une ou plusieurs personnes par l'arsenic, sans être soupçonnés au premier abord. Ce ne fut que plusieurs années après que le crime fut découvert (Epidémie de choléra de Besançon, 1849, Henri Sainte-Claire Deville).

Quoi qu'il en soit, si l'arsenic empoisonne, il ne provoque pas directement l'avortement, mais il peut provoquer la mort d'un enfant élevé au sein comme en cite un exemple M. Brouardel : une femme qui nourrissait son enfant avait failli être empoisonnée par son mari; elle avait guéri, mais l'enfant était mort et après 15 ou 16 mois il fut possible de reconnaître la présence certaine d'une quantité très notable d'arsenic dans les viscères. Il est, du reste, démontré que l'arsenic s'élimine en partie par les voies ordinaires, la peau, les ongles, les poils, les cheveux, les bronches, mais surtout par l'intermédiaire de la sécrétion lactée.

Antimoine. — D'après Lewin, de Berlin, l'antimoine et ses composés ont la propriété d'abaisser la pression sanguine en dilatant les vaisseaux. Ce fait, joint aux vomissements déterminés par ces substances ingérées par l'estomac pourrait provoquer un décollement des membranes de l'œuf. Hoffmann a publié en 1730 le cas d'une femme qui, pour se fortifier, aurait pris une certaine quantité d'antimoine. Il y eut des vomissements répétés, une grande faiblesse générale, quatre jours après l'ingestion de l'antimoine elle avorta.

Phosphore. — Le phosphore, nous le savons, est un mode de suicide assez fréquent et, dans certains cas, où les suicides n'ont pas eu de conséquences mortelles, on a vu se produire l'avortement. Mais d'après Wallis, le phophore constituerait, en Suède, l'agent abortif le plus usité. De 1873 à 1892, on a constaté 1897 empoisonnements par le phosphore dont 616 dans un but d'avortement. Le phosphore aurait donc une certaine efficacité comme agent d'avortement. M. Brouardel cite plusieurs exemples, empruntés à des auteurs étrangers, rapportant des cas d'avortement par le phosphore. Tout récemment Lewin aurait pu réunir 11 cas d'avorte-

Digitized by Google

ment par ingestion de phosphore, sans que la mort de la mère en fût suivie. Dans la plupart des cas, les femmes mirent à dissoudre les extrémités des allumettes d'une boîte entière et même plus ; une fois le contenu de 10 boîtes.

A propos d'un cas d'intoxication phosphorée chronique, cité par Gronwall, concernant une femme qui prit, pendant 8 jours consécutifs, la valeur journalière de la tête de 4 allumettes phosphorées et qui aurait accouché deux mois plus tard d'un enfant bien portant, M. Brouardel est amené à parler de l'industrie des allumettes et des conséquences que cette industrie peut avoir sur la grossesse. D'après l'enquête à laquelle il s'était livré, M. Brouardel est persuadé que, dans la classe ouvrière, quantité d'avortements se produisent en dehors de toute intoxication, alors qu'ils sont classés sous la rubrique d'avortements professionnels et qu'au point de vue spécial de l'avortement des femmes employées à la manipulation du phosphore, il ne croit pas que l'on puisse, d'une manière certaine, en affirmer l'existence.

Mercure. — Le Dr Lewin rapporte que dans la Lithuanie les femmes prennent, dans le but de se faire avorter, du mercure en nature qu'elles mélangent à un corps gras quelconque constituant ainsi une sorte d'onguent gris. Cet usage serait plutôt local.

L'hydrargyrisme chronique a été plus volontiers incriminé. Lizé rapporte un certain nombre de cas dans lesquels l'hydrargyrisme professionnel aurait de multiples avortements.

Dans un ménage, il y eut cinq grossesses ; deux se terminèrent au septième et huitième mois ; deux enfants nés à terme étaient débiles et moururent avant trois ans : le dernier, âgé de 4 ans, était de de constitution extrêmement délicate. D'autres exemples analogues sont cités.

Cette influence néfaste, attribuée au mercure, aurait décidé certains fabricants de glaces à ne plus employer de femmes mariées pour l'étamage.

D'autre part, les résultats favorables, qui nous sont fournis par l'usage même prolongé du traitement mercuriel, chez les femmes syphilitiques, permettent de conserver des doutes sur l'interprétation donnée par les auteurs aux faits précédents.

Plomb. — L'influence de l'intoxication saturnine fut particulièrement étudiée par Constantin Paul, qui, au cours de ses recherches, a noté que le fœtus peut mourir, *in utero*, et être expulsé prématurément, sans que la mère ait eu, à un moment quelconque, soit avant, soit au cours de sa grossesse, le moindre symptôme d'intoxication saturnine. Tout en rendant hommage au travail de Constantin Paul, M. le Dr Brouardel ne le croit pas à l'abri des critiques qu'il a exposées au sujet de l'avortement professionnel.

Sulfure de carbone. — Si d'une manière générale, au point de vue de la prédisposition à l'avortement, par le sulfure de carbone, les mêmes réserves doivent être faites, il paraîtrait établi que les ouvrières exposées à l'influence du sulfure de carbone auraient rarement des enfants et que l'avortement se produirait toujours pendant les premiers mois, mais ce qui serait plus sérieux et semble mieux établi c'est l'anaphrodisie, que tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, ont signalée. Tout s'éteint à la fois, la possibilité des érections et le désir de rapprochements sexuels, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Borax. — Cette substance, écrit M. Brouardel, a parfois été citée parmi les substances réputées abortives ; cependant « je ne connais aucun fait certain à l'appui de cette assertion. »

Iodure de potassium. — Ce médicament si usité et avec tant de succès, dans le traitement de la période tertiaire de la syphilis, a été longtemps considéré comme un abortif puissant. Magendie en a rapporté un exemple.

Une affaire très curieuse d'avortement attribuée à l'iodure de potassium s'est déroulée devant les tribunaux, à la suite de premiers experts, René Dumas et Fuster, de Montpellier, l'inculpé, un herboriste, fut condamné en première instance. En appel, il fut acquitté du fait d'avortement, le rapport des experts de Montpellier, ayant été combattu par les professeurs Villeneuve et Magail, de Marseille.

L'action de l'iode autrefois incriminée n'est pas mieux démontrée que celle de l'iodure de potassium, comme substance abortive.

Permanganate de potasse. — Quelques observations, peu nombreuses, d'ailleurs, recueillies et publiées par Lewig, sembleraient démontrer que le permanganate de potasse, à la dose de 0,12 centigrammes, pris trois fois par jour, constituerait un médicament abortif. Ce serait en tous cas, une substance bien rarement employée ! — Dr E. Yot.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de la lèpre par l'icthyol. — M. de Brun, de Beyrouth. Ce médicament, qui a une action très favorable dans la lèpre tuberculeuse, a été pour la première fois préconisé dans cette affection à la dose de 0 gr. 75 par jour. Quelques auteurs l'ont administré ensuite aux doses quotidiennes de 2, 3, 5 et même 8 à 10 gr Il est bon d'aller progressivement. Cependant on peut sans crainte débuter par 5 gr. et l'employer à cette dose pendant plusieurs

Digitized by Google

semaines, sans que le malade en soit incommodé.

D'après les observations communiquées par M de Brun, il n'est pas nécessaire cependant d'employer des doses aussi élevées. Administrant pendant plusieurs mois 1 à 2 gr. d'icthyol à des sujets atteints de lèpre tuberculeuse, il a vu les nodosités, les infiltrations plastiques de la peau, de la muqueuse nasale s'affaisser, puis disparaître sous l'influence du traitement.

Par contre, le médicament s'est montré sans aucune influence sur les lèpres nerveuses, à forme syringomyélique.

Présentation d'appareil. — M. Javal présente une planchette qui permet aux aveugles d'écrire avec facilité et d'une façon très lisible. *(23 avril)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sur l'injection intra-rachidienne de cocaïne appliquée à la thérapeutique médicale. — M. Achard rapporte plusieurs cas de névralgies de la portion sous-ombilicale du corps, guéries par injection intra-rachidienne de 0,01 de cocaïne. Ces faits montrent que ces injections employées surtout jusqu'ici par les chirurgiens et les accoucheurs, méritent l'attention des médecins. La thérapeutique médicale, ne recherchant pas l'analgésie des membres, utilise avec profit des doses faibles, exposant moins aux accidents toxiques.

La cocaïnisation médullaire paraît avoir sur la douleur une action suspensive assez durable plus prolongée que sur la sensibilité cutanée. Elle peut être employée concurremment avec la plupart des autres médications de la douleur.

Enfin, elle a, sur l'injection de morphine, l'avantage de ne pouvoir être faite par le malade et de ne pas l'exposer au danger de l'intoxication chronique.

M. Marie. — On peut arriver au même résultat avec des doses minimes, cinq milligrammes de cocaïne par exemple. Cette méthode peut être particulièrement recommandée pour les affections douloureuses à détermination primitivement nerveuse ou musculaires, portant sur les membres inférieurs, les lombes et la partie inférieure du tronc. Mais lorsqu'il s'agit de douleurs dues à des altérations chroniques des surfaces ostéo-articulaires ou des tissus fibreux péri-articulaires, les résultats sont souvent nuls.

M. Debove est peu disposé à accepter la ponction et l'injection intra-rachidiennes de cocaïne pour un simple lumbago. Pour lui, certaines douleurs, telles que les crises gastriques du tabes, sont calmées par la ponction simple intra-rachidienne, parce que l'issue de 20 à 30 grammes de liquide céphalo-rachidien. décomprime la moelle, alors qu'il y a excès de tension intra-rachidienne.

Le zona pneumonique. — M. Talamon. On sait que le zona peut précéder, accompagner ou suivre la pneumonie. Diverses explications ont été données au sujet de ce symptôme. Les uns n'y voient qu'une coïncidence, les autres considèrent la pneumonie comme un zona du pneumogastrique. M. Talamon attribue le zona à un trouble trophique cutané, conséquence de l'irritation ou de l'inflammation des filets nerveux par l'infection pneumococcique.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable. — M. Sicard montre qu'à côté des méningites cérébro-spinales latentes, rapidement mortelles par suppuration sous-méningée, il existe des méningites ambulatoires, pendant lesquelles les malades n'éprouvent que des troubles légers. Tel est le cas de ce garçon de 18 ans, porteur aux Halles, qui pendant un mois put continuer à exercer son pénible métier, ne présentant que de légers maux de tête, un peu de raideur de la nuque, de l'insomnie. Cependant l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire montre qu'il s'agissait bien de méningite cérébro-spinale. Le malade guérit sans aucune complication.

Hémorrhagies névropathiques. — M Sainton présente une femme de 25 ans, enceinte, qui, à la suite d'une violente émotion, fut atteinte d'hémorrhagies se faisant à la fois par les muqueuses nasale, buccale, utérine, et enfin par les sinus, sans amener aucun trouble de l'état général ni interrompre la grossesse. — (19 *avril).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Diagnostic des lésions suppuratives du rein. — M. Bazy. Etant donné un ensemble de symptômes rappelant ceux de la cystite : pollakiurie, douleur terminale, urines troubles depuis un certain temps, il est assez difficile de dire s'il n'existe que de la cystite, ou de la cystite et de la pyélo-néphrite; ou s'il n'existe que de la pyélo-néphrite seule. M. Bazy fait connaître deux moyens nouveaux pour résoudre ce problème.

Le premier donne de meilleurs résultats chez la femme que chez l'homme.

Quand on pratique le toucher vaginal, la vessie étant vide, si on explore la face inférieure de cette vessie, on détermine une sensation pénible ou douloureuse, en un ou deux points du bas-fond de la vessie.

Ces points correspondent à l'embouchure des uretères dans la vessie. Quand un seul rein est pris, on ne l'a que d'un côté ; quand les deux reins sont pris, on l'a des deux côtés.

Quand la vessie n'est pas atteinte de cystite, on ne constate que ce point douloureux.

Quand, au contraire, la vessie est seule en cause, c'est le col seul qui est douloureux à la pression et la région des orifices urétéraux est indolente.

Chez l'homme, la situation des vésicules séminales rend ce diagnostic un peu plus difficile ; mais la constatation du point douloureux peut suffire cependant comme chez la femme.

Un autre signe est tiré de l'examen direct des urines. On verse dans un tube de verre une certaine quantité d'urine à examiner, puis on y ajoute quelques gouttes de liqueur de Fehling, de façon à avoir un mélange bleu pâle.

Digitized by Google

On agite alors le liquide. Si le pus vient de la vessie, on ne voit rien. S'il vient du rein, on voit emprisonnées dans le liquide, surtout vers le haut, de fines gouttelettes de gaz. On chauffe alors; si le pus est vésical, le coagulum qui se forme tombe au fond du tube. S'il vient du rein, il monte à la surface comme un crachat, ce qui tient à ce que le coagulum a emprisonné des globules d'air qui le rendent plus léger.

Plaie du ventricule droit — MM. Mignon et Sieur. Il s'agit d'un soldat atteint de pneumonie grippale, qui, dans un moment de délire, s'enfonça la lame de son couteau dans la région précordiale. Trois quarts d'heure après, résections costales et ouverture du péricarde rempli de sang, comprimant le cœur. Hémorrhagie violente partant du ventricule droit. Mouvements désordonnés du cœur, rendant impossible l'aveuglement de la perforation L'organe est alors attiré au dehors du péricarde à l'aide de pinces mousses, sans qu'aucune modification se produise dans le rythme cardiaque. Suture de la plaie ventriculaire mesurant un centimètre, à la soie, avec beaucoup de difficulté en raison de la friabilité du muscle cardiaque.

L'opération a été faite sans chloroforme à cause de la faiblesse du sujet, qui succomba une heure après, pendant un accès de toux.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne — M. Tupfier. Voir page 276). — (17 *avril*).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Une forme particulière de perivisceritе. — Une femme, malade depuis 16 ans, vint mourir à l'hôpital. Après des troubles digestifs, son ventre s'était mis à gonfler et on avait ponctionné trente fois son ascite. Les jambes n'avaient jamais été œdématiées. La mort était survenue avec des signes d'asthénie cardiaque. A l'autopsie, M. Jolasse (*Mitth. aus den Hamburger Staatskrankenanst., 1900*) trouva une synéchie péricardique avec d'épais dépôts calcaires. La rate était emprisonnée dans une épaisse coque fibreuse, englobant le péritoine pariétal et viscéral. Le foie n'était couvert que par places de plaques fibreuses; sur la coupe, il avait l'aspect d'un foie atteint de cirrhose cardiaque. Aux plèvres il n'y avait pas d'adhérences.

L'auteur attribue ces lésions à la pseudocirrhose péricardique de Pick, et met l'ascite sur le compte de la péritonite chronique compliquée de stase veineuse dans le système porte; cette stase veineuse serait survenue tardivement et attribuable en partie à l'asystolie terminale. — Bd.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques, par A. Pégurier (de Nice). Un vol. de 452 pages. Paris 1901. Maloine, éditeur.

Je veux moi-même présenter cet excellent livre à mes lecteurs. Je n'ai pas l honneur de connaître de *visu* l'auteur; mais je viens de faire sa très instructive connaissance *de scriptu*, et j'estime que ce livre peut être d'une grande utilité aux praticiens, comme le démontrent les chapitres suivants qu'il traite d'une façon très consciencieuse et pratique : *modalités cliniques de la tuberculose pulmonaire; cure médicamenteuse (médications anti-infectieuse et dynamogénique, créosote et ses dérivés, stations thermales, bactériothérapie); cure hygiéno-diététique; cure climatérique; les sanatoria; traitement des modalités cliniques de la tuberculose; traitement palliatif, des symptômes et complications.*

La lecture attentive de ce livre, bien pensé et bien écrit, me donne le droit et me fait un devoir de remercier et de féliciter chaleureusement son auteur. — H. H.

Le cancer du gros intestin, rectum excepté, par le Dr de Bovis, prof. à l'Ecole de médecine de Reims, 1 vol. chez Alcan.

Ce travail, très remarquable, est basé sur l'analyse d'un nombre considérable d'observations, dont plusieurs appartiennent à l'auteur; celui-ci a pu ainsi faire l'anatomie chirurgicale et l'histoire clinique du cancer de l'intestin, deux chapitres que ne possédait pas encore notre littérature médicale.

Le traitement entre pour près de la moitié, il est exposé très en détail; l'auteur énumère les diverses opérations, les différents procédés, et après une étude complète et détaillée des faits indique la conduite à suivre suivant les cas.

Ce livre, très intéressant à consulter, fait le plus grand honneur à son auteur.

Comptes rendus du XIIIe Congrès international de médecine (*Section de médecine de l'enfance*, publiés par M. Marfan. *Section de chirurgie de l'enfance*, publiés par MM. Villemin et Broca), Masson, éditeur.

Nos lecteurs verront avec plaisir la publication de ce volume dans lequel on trouvera une foule de renseignements utiles. L'innovation qu'a introduite M. Marfan dans la rédaction de ces Comptes rendus, innovation dont on comprendra toute l'importance, a été de grouper ensemble tous les rapports et communications traitant d'un même sujet, au lieu de les mettre dans l'ordre chronologique; ce procédé favorisera les recherches et ne peut qu'être approuvé.

Rappelons à nos lecteurs que 3 autres volumes sont également parus. Ce sont :

1° La Section d'anatomie.
2° La Neurologie.
3° La Chirurgie urinaire. — S. R.

Hôpital Necker — M. le Dr Huchard reprendra (amphithéâtre Laennec de l'hôpital Necker) le *vendredi 10 mai à dix heures précises*, ses consultations de clinique et de thérapeutique, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Présentation de malades; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques. traitement des maladies.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De la compression subie par la tête fœtale dans les applications de forceps

Par L. DEMELIN,
accoucheur des hôpitaux

On sait que dans une application de forceps, la tête fœtale peut subir trois sortes de compression :

1° Celle qui est due à l'instrument lui-même et qui s'exerce sur les diamètres saisis entre les cuillers.

2° Celle qui est due au bassin seul et qui s'exerce en général sur les diamètres de la tête perpendiculaires à ceux qui sont saisis par les cuillers.

3° Enfin la compression peut être produite par le bassin et le forceps ensemble, c'est-à-dire que les cuillers prennent contact par leur surface externe avec certaines régions du bassin qui agira alors, suivant la comparaison de Pajot, comme la virole du porte-crayon employé par les dessinateurs, le porte-crayon représentant les cuillers du forceps, et le crayon lui même, la tête fœtale. Cette compression est quelquefois énorme ; elle est portée à son maximum quand les cuillers sont placées aux extrémités du diamètre minimum du bassin et en particulier chez le rachitique, dans les prises dites antéro-postérieures au détroit supérieur.

Sans aller jusqu'à ses limites extrêmes calculées par Farabeuf, cette compression *pelvi-instrumentale* est plus fréquente qu'on ne croit, même dans un bassin normal. Il est évident qu'elle sera réalisée d'autant plus aisément que le *système céphalo-instrumental* (c'est-à-dire la masse formée par la tête comprise entre les cuillers du forceps) sera plus volumineux par rapport au calibre du bassin. Il est également évident que, dans les mêmes conditions, les tractions nécessaires pour entraîner la tête devront être plus énergiques.

Or, l'étude d'un grand nombre de faits montre que tout forceps croisé, si bien manié soit-il, glisse avant d'assurer sa prise, et que, dans les prises les plus correctes, les mors des cuillers viennent s'appuyer sur des points situés en général aux extrémités du *diamètre bimalaire*.

Le diamètre bimalaire mesure, sur un fœtus à terme, entre 65 et 75 millimètres.

Or, avec un forceps croisé (un Tarnier, par exemple), si les mors sont écartés de 65 à 75 millimètres, l'écartement maximum (externe) des faces convexes des cuillers varie de 110 à 122 millimètres.

En acceptant le chiffre moyen de 120 millimètres pour les divers diamètres de l'excavation, on voit qu'avec une prise bimalaire la tête passera à frottements dans bien des cas.

Mais ce n'est pas tout. Nous venons de supposer l'idéale circonstance où l'axe des cuillers coïncide avec l'axe du détroit supérieur. Très souvent, en pratique, si l'instrument est placé dans un diamètre oblique du bassin ou à plus forte raison dans le diamètre antéro-postérieur, la sangle périnéale repousse en avant les manches du forceps et la coïncidence n'existe plus entre l'axe des cuillers et l'axe du détroit supérieur. Dans ces conditions, des contacts s'établissent plus étroits entre les parois pelviennes et les cuillers du forceps, et la pince se ferme davantage pendant les tractions. La compression de la tête augmente donc nécessairement.

Heureusement, ces pressions sont souvent inoffensives parce que leurs effets restent localisés aux régions des joues ; et on voit ces excoriations, ces arrachements de l'épiderme, sans importance pronostique autre que d'attirer la sollicitude des familles inquiètes et enclines à critiquer l'opérateur. Notons cependant que l'augmentation de volume du système céphalo-instrumental causée par le glissement, entraîne nécessairement une dépense plus grande de force tractante, et qu'on a toujours intérêt, au contraire, à tirer le moins possible. Si le glissement est plus étendu, si les mors, au lieu de rester aux régions malaires, se sont déplacés au delà, vers les fosses temporales, alors c'est la fracture du crâne imminente ou l'hémorrhagie méningée.

Comme conséquences, nous dirons :

1° Il faut éviter autant que possible les compressions pelvi instrumentales; pour cela, prescrire les applications de forceps antéro postérieures dans l'excavation comme au détroit supérieur. Mieux vaut une prise oblique par rapport à la tête fœtale, pourvu qu'on fasse exécuter les mouvements de rotation comme il convient. La prise bi-pariétale est excellente, sans doute, mais les prises obliques ne sont pas mauvaises à la condition, nous l'avons dit, que le mécanisme habituel de l'accouchement soit effectué, à la condition aussi qu'on ne tire pas trop fort.

2° Il est bon de s'attacher à ce que les cuillers soient placées ou aux extrémités du diamètre transverse ou aux extrémités d'un diamètre oblique (*anatomique*) du bassin. Les prises dites obliques par rapport au bassin, dans lesquelles les cuillers (au lieu d'être l'une derrière l'éminence iléo-pectinée d'un côté, et l'autre devant la symphyse sacro-iliaque opposée) sont dans un diamètre pelvien, oblique sans doute, mais plus voisin de l'antéro-postérieur que du transverse, sont des applications antéro-postérieures déguisées.

3° Il convient donc d'utiliser la courbure pel-

Digitized by Google

vienne de Levret plus complètement qu'on a tendance à le faire à cause de l'habitude de saisir avant tout le diamètre bi-pariétal.

4° Il y a intérêt à chercher un forceps qui ne glisse pas, et dont les cuillers restent pendant les tractions exactement là où on les a introduites. Je crois que la pince à branches non croisées convergentes que j'ai présentée possède cet avantage.

5° Il est avantageux de faire coïncider l'axe pelvien avec l'axe des cuillers; mais c'est souvent difficile, et nous savons que presque toujours les manches sont reportés trop en avant par le périnée. Aussi, peut-il devenir indiqué de rétracter fortement en arrière la sangle périnéale avec une valve de Sims, surtout dans les applications élevées.

6° Avant de placer les cuillers, il faut s'assurer, par le toucher, des contacts qui existent entre la tête et le bassin. Si la tête est mal fléchie, asynclitique, etc., on devra corriger la mauvaise attitude soit avec la main, soit avec une branche du forceps employée comme un levier à lacs suivant la manière d'Herbiniaux-Hubert; puis on appliquera le forceps comme à l'ordinaire.

7° Je pense que l'on doit demander au forceps tout ce qu'il peut donner; c'est-à-dire, l'employer tantôt en tirant uniquement sur le tracteur, tantôt en se servant de lacs attachés au centre de figure, d'autres fois, en manœuvrant les manches, pour diriger la tête comme il convient.

Chacun de ces procédés a ses indications; j'aurai l'occasion d'y revenir.

En attendant, je les étudie avec mon forceps à branches non croisées convergentes, auquel, dans un dernier modèle, j'ai restitué la courbure périnéale des manches pour pouvoir agir comme avec un levier à lacs, auquel aussi j'ai ajouté un dispositif qui permet de tirer tantôt sur un tracteur du genre Tarnier, et tantôt sur des lacs souples attachés au centre de figure. *(Soc. obst. de France.)*

ÉTUDE CLINIQUE

Rétrécissement mitral par compression d'un anévrysme de l'aorte descendante

Par S. E. Henschen, d'Upsala

L'observation suivante, probablement unique, mérite d'être signalée en raison des enseignements qu'elle comporte. Il s'agit d'un malade chez qui on porta le diagnostic d'endocardite avec rétrécissement mitral; néphrite subaiguë avec épanchement pleural, ascite, anasarque, et qui, à l'autopsie, fut trouvé porteur d'un anévrysme de l'aorte descendante avec compression et rétrécissement fonctionnel de l'orifice mitral.

Il s'agit d'un ouvrier de 18 ans soigné à l'hôpital d'Upsala en 1894, 95 et 96. Il n'a aucune tare héréditaire, mais il a vécu dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il n'a jamais eu de rhumatisme et n'a pas abusé de boissons alcooliques. Il a été atteint d'érysipèle deux fois, en 1887 et en 1892. Depuis cette année, il n'a jamais joui d'une santé parfaite. Immédiatement après la convalescence de son érysipèle, il a commencé à souffrir de *douleurs dans la région du cœur*, de palpitations et de dyspnée. L'état général était mauvais. Il avait des migraines fréquentes. Comme son état s'aggravait, il s'est fait soigner à l'hôpital d'Upsala en 1894. Dans l'observation prise à cette époque nous trouvons le diagnostic suivant : Endocardite, rétrécissement mitral et insuffisance mitrale. Luxation congénitale de la hanche.

Amélioré momentanément à l'hôpital, son état s'aggravait de plus en plus dans l'année suivante. Les urines diminuaient de volume, les jambes enflaient, puis le scrotum, le ventre et la poitrine, de même le visage, le bras et la main gauche. Le bras droit n'était pas enflé. Il rentre à l'hôpital le 28 décembre 1895.

Dans une observation prise quelques jours plus tard, nous voyons que le malade avait un œdème généralisé des plus intenses. Cet œdème était plus prononcé du côté gauche que du côté droit (le malade était toujours couché sur le côté gauche).

Il n'a de douleurs nulle part, pas de palpitations, ni de migraines.

Au-devant du cœur, on trouve un gonflement élastique en forme de coussinet (en suédois *Kuddformig)*, bien limité du reste de la paroi thoracique œdémateuse. Il est difficile de dire jusqu'à quel point ce gonflement doit être attribué à une voussure dans le sens propre du mot. On sent le choc précordial dans le 6e espace, à 5 centimètres au-dessous et 6 centimètres en dehors du mamelon. Pas de frémissement. Pulsations faibles à l'épigastre.

Percursion. — La matité relative est agrandie de tous les côtés. A droite, la matité s'étend presque jusqu'au mamelon droit, à gauche à 4 centimètres en dehors du mamelon gauche; en haut la matité commence à 3 centimètres au-dessous de la fossette sus-sternale.

Auscultation. — A la pointe : bruits sourds et faibles, pas de souffle. A la pointe : un souffle prolongé, présystolique. Ce souffle est, dans la première partie, doux et aspiratif, mais devient plus rude à la fin, immédiatement avant le premier bruit. Parfois ce souffle est franchement diastolique. Il a son maximum dans l'aire pulmonaire. Le deuxième bruit pulmonaire est peu accentué.

Les veines du cou sont peu gonflées.

Le pouls radial est petit et dur, surtout à gauche; à droite, il est nettement dicrote. Synchronisme absolu entre les deux radiaux. Quelques irrégularités. Fréquence entre 90 et 100.

Urines. — Albumineuses. Contiennent des cylindres hyalins, granuleux et épithéliaux, des leucocytes en masse et des cellules en dégénérescence.

Poumons. — En avant, rien à noter. En arrière : matité en bas, qui commence au niveau de la pointe de l'omoplate. Râles nombreux, gros et petits.

Le foie descend à 6 centimètres au-dessous du bord costal sur la ligne mamelonnaire. On voit sur la peau, disséminées, un peu partout, des pustules de la grosseur d'une tête d'épingle et quelques taches de purpura.

Digitized by Google

Pas d'incidents à noter à part une élévation de la température, jusqu'à 40°5, les derniers jours de la vie, l'état s'aggrave peu à peu et le malade meurt le 15 février 1896.

L'autopsie a été pratiquée le 18. A l'ouverture du cadavre, on trouve deux litres de liquide dans la cavité péritonéale.

En ouvrant la cavité thoracique, on trouve de suite que le cœur est très gros et fait saillie. En haut, il s'étend jusqu'au deuxième espace, en bas jusqu'à une ligne qui unirait les sixièmes côtes de chaque côté. En dehors il s'étend à 5 centimètres en dehors de la ligne mammaire, à droite, au bord droit du sternum.

Le péricarde contient près de 400 centimètres cubes d'un liquide limpide, faiblement sanguinolent. Dans la plèvre droite, il y a environ 750 centimètres cubes et dans la plèvre gauche 500 d'un liquide coloré en rouge.

Quand on enlève le cœur, on aperçoit une tumeur du volume d'un poing, située sur la ligne médiane, juste au-dessus du diaphragme, derrière le péricarde pariétal et faisant saillie vers la cavité du péricarde.

Le cœur pèse 270 grammes, la largeur maxima est de 14 centimètres, le ventricule droit a une longueur de 13 centimètres, le ventricule gauche de 10,5 centimètres. La pointe est formée exclusivement par le ventricule gauche. Le volume du cœur est plus de trois fois plus gros que le poing.

L'oreillette droite est très dilatée et contient des petites masses thrombosiques. Les ventricule droit est très dilaté, les trabécules sont puissamment développés. Il contient un coagulum de la grosseur d'un œuf de pigeon. Au centre de ce coagulum, on trouve une matière jaunâtre, purulente, semi-fluide. Le myocarde est assez épaissi; à 1 centimètre de la base, il a une épaisseur de 6 millimètres.

Les valvules de la triscupide et de l'orifice pulmonaire sont normales.

Le ventricule gauche est très dilaté. Les trabécules sont développés. Le myocarde à 1 centimètre de la base a une épaisseur de 23 millimètres. Les valvules et les orifices sont normaux. La coupe du myocarde est d'une couleur pâle, gris-rouge. On voit des taches plus pâles que le reste sur les parois antérieure et postérieure et à la pointe.

Poumons congestionnés.

La *rate* est grosse, pèse 175 grammes. Elle contient un infarctus de couleur pâle, gris-rouge.

Reins. — Le rein droit pèse 100 grammes, le rein gauche 90 grammes. Leur consistance est plus ferme que d'ordinaire. Les pyramides et le bassinet ont une couleur cyanotique. L'écorce a une couleur grisâtre.

L'aorte ascendante et l'arc aortique montrent un aspect normal, mais elle est légèrement dilatée.

A 2 centimètres au delà de l'orifice de l'artère sous-clavière la paroi aortique change brusquement d'aspect. L'endartère est épaissie par plaques, ce qui change complètement l'aspect de toute la paroi de l'aorte à cet endroit, où elle présente des crêtes et des fossettes. La tunique interne présente des incrustations calcaires et des taches d'un jaune sale par ci et par là.

Cet état de l'aorte descendante se continue sur une longueur de 5,5 c/m. A cet endroit, la paroi forme tout un système de *sacs anévrysmatiques*, qui tous sont placés sur la paroi antérieure du vaisseau, et qui en comprennent une longueur de 6 centimètres et une largeur de 7 centimètres. Au-dessous de cet ou de ces anévrysmes, la paroi de l'aorte est normale, à part quelques petites élevures basses. A un examen plus détaillé, on voit que ces sacs anévrysmatiques sont formés par deux grandes dilatations, situées à la même hauteur, en avant. La configuration extérieure rappelle celle d'une glande thyroïde modérément hypertrophique, avec ses deux lobes. Les deux sacs sont séparés par une colonne proéminente, formée par la paroi antérieure, non dilatée, de l'aorte. Des deux côtés de cette colonne on voit les orifices des deux grands sacs, au-dessous desquels on voit l'orifice d'un troisième qui a le volume d'une noisette, situé également en avant et divisé par des crêtes en petits sacs secondaires.

Les deux grands sacs contiennent des masses blanches, en plusieurs couches, qui remplissent les sacs. Le sac inférieur est, par contre, libre.

La partie de l'aorte qui est située entre les deux grands sacs en haut et le petit sac en bas est très rétrécie et ne laisse pas pénétrer même la pointe du petit doigt. Le rétrécissement est formé par les bords inférieurs des deux grands sacs qui font saillie en dedans vers le centre du vaisseau.

Quel enseignement pouvait-on tirer de cette observation? Déjà en 1894, deux ans avant la mort, on avait fait le diagnostic de rétrécissements mitral et endocardite probable. Ce diagnostic était basé sur le souffle nettement présystolique et l'agrandissement du cœur à droite, tandis que le cœur gauche ne semble pas avoir été nettement agrandi.

Au mois d'octobre de l'année 1895, les symptômes cardiaques étaient sensiblement les mêmes. Les signes classiques de rétrécissement mitral existaient toujours. On n'hésitait pas à maintenir le diagnostic de rétrécissement mitral, malgré l'absence d'étiologie évidente, car le rétrécissement était de date plus ancienne que la néphrite. Cependant, les symptômes semblaient exceptionnellemement graves et la maladie semblait un peu mystique.

Pourtant ma surprise était grande de ne trouver aucune lésion valvulaire, mais un grand anévrysme de l'aorte descendante, derrière le cœur, exerçant une compression sur celui-ci à la limite de l'oreillette gauche et du ventricule gauche. C'était cette grosseur dure qui était la cause du rétrécissement mitral avec ses signes classiques. Il est difficile de dire s'il faut attribuer une part à l'anévrysme dans la production du souffle.

On doit se demander, si l'on avait dû soupçonner l'anévrysme. Il faut alors remarquer qu'il n'y avait pas d'étiologie; il n'y avait ni alcoolisme, ni syphilis. Les premiers symptômes étaient obscurs; de la douleur au cœur, des symptômes de faiblesse, de l'engourdissement des jambes, de la dyspnée. Mais, puisque le malade avait eu de l'érysipèle deux fois, ces symptômes pouvaient être interprétés comme de la faiblesse cardiaque. Ils trouvaient une explication naturelle du moment où l'on avait diagnostiqué un rétrécissement mitral. Il n'y avait pas de raison de penser à un anévrysme.

Le siège de l'anévrysme explique le manque de symptômes. Il était situé dans la paroi antérieure de

Digitized by Google

l'aorte et n'exerçait pas de pression sur la colonne vertébrale, mais il comprimait la surface postérieure molle du cœur. D'où la douleur au cœur.

En 1894, on trouvait un cœur agrandi à droite, mais très peu à gauche. A l'autopsie, on trouvait une dilatation considérable de l'oreillette droite et du ventricule droit, de même du ventricule gauche. Par contre, l'oreillette gauche était peu ou pas dilatée; elle contenait 50 grammes de sang. Si l'oreillette gauche ne s'est pas dilatée, cela peut s'expliquer par la compression exercée par l'anévrysme.

Pourtant il ne faudrait pas mettre tous ces changements du cœur qu'on trouvait post-mortem, sur le compte du rétrécissement mitral. Il y avait aussi une néphrite subaiguë, qui à elle seule peut causer une dilatation avec hypertrophie du cœur. Vers la fin, il y avait de la thrombose cardiaque, ce qui explique la formation des pustules de la peau.

Quant à l'anévrysme, sa description a été faite plus haut. Il se développait d'une façon latente. Pas de symptômes ni de l'œsophage, ni de la trachée, ni du système nerveux.

Par contre, la voussure de la région précordiale était manifeste. Elle peut s'expliquer par le fait que l'anévrysme refoulait le cœur en avant.

Un anévrysme chez un ouvrier de 18 ans est un fait très rare, car les anévrysmes sont l'apanage d'une période plus tardive de la vie. Ce qui ajoute à la rareté de notre observation est la compression du cœur par un anévrysme de l'aorte *descendante*.

Formulaire du Praticien

Pharmacologie et indications thérapeutiques de l'Hydrastis Canadensis

L'hydrastis canadensis, comme la plupart des plantes médicinales, peut être employé sous différentes formes pharmaceutiques.

(A). — La *poudre d'hydrastis* a été prescrite en décoction à la dose de 60 gr. par litre (Cabanès). C'est un mode d'ingestion fort peu usité, au moins dans notre pays.

(B). — On trouve dans les officines une *teinture alcoolique* au 1/10. Elle s'administre à la dose de XX à XXX gouttes, répétées toutes les deux ou trois heures, ou encore sous forme d'élixir, ainsi formulé :

Teinture d'hydrastis canadensis	10 grammes
Elixir de Garus.....	150 —

deux à trois cuillerées par jour. Chaque cuillerée de cet élixir contient un gramme (L gouttes environ) de teinture. Suivant Manquat, cette préparation est presque inerte, et nos observations personnelles corroborent ceite manière de voir.

(C). — Il n'en est pas de même de l'*extrait fluide*, préparé suivant la méthode américaine (1). Cet extrait équivaut en poids à la plante elle-même, et constinue à notre avis la préparation de choix. C'est un liquide de couleur brun verdâtre, d'odeur un peu muséeuse, de saveur vireuse. Pour masquer son goût particulier, Dujardin-Beaumetz recommande la formule suivante :

Extrait fluide d'hydrastis....	ãã 10 grammes
Vin de Malaga,.....	
Sirop de canelle.....	

Une cuillerée à café toutes les quatre heures.

Il est beaucoup plus commode et plus simple de l'administrer par gouttes dans un peu d'eau. On peut ainsi, à son gré, augmenter ou diminuer la dose avec la plus grande facilité. On peut, du reste, le donner à dose élevée car ce médicament ne semble pas toxique pour l'homme. Mais nous n'avons jamais eu besoin, pour obtenir l'effet utile, de dépasser 100 à 150 gouttes par jour, données en trois ou quatre fois. Nous avons recherché à quel poids correspondait ce nombre de gouttes; plusieurs pesées d'extrait fluide, venant de la maison Adrian nous ont invariablement fourni un poids de 2 gr. 30 centigr. par C gouttes.

(D). — En faisant évaporer l'extrait fluide à une chaleur douce, on obtient un *extrait mou*, qui peut former masse pilulaire. D'après Waltering, 10 gr. d'extrait fluide donneraient 3 gr. d'extrait mou. Il n'y a aucun avantage à prescrire cette préparation, bien moins maniable que l'extrait fluide. Si l'on voulait y recourir, on pourrait formuler ainsi :

Extrait mou d'hydrastis canadensis	5 grammes
Poudre inerte.....	9 q. s.

Pour pilules n° 100, quatre à six par jour.

Arrivons maintenant aux dérivés chimiques de l'hydrastis :

(E). — L'*hydrastin* est une poudre jaune, insoluble, qui a été préconisée par Keith comme antidyspeptique, tonique et fébrifuge, à la dose de 0,05 à 30 centigr. pro die. C'est un produit à peu près abandonné.

(1) L'extrait fluide américain se prépare de la façon suivante : On prend 500 grammes de la plante préalablement pulvérisée et humectée, qu'on traite par déplacement au moyen de 9 0 gr. d'alcool à 60°. On distille le produit en laissant dans la cucurbite environ 300 gr.; on évapore ce liquide jusqu'à 150 grammes exactement; on ajoute à ce résidu 250 gr. de l'alcool provenant de la distillation et 100 gr. de glycérine pure. On obtient ainsi un poids d'extrait fluide égal à celui de la plante employée, soit 500 grammes.

Digitized by Google

(F). — L'*hydrastis* (C^{42} H^{21} AZO^{12}), retirée du rhizôme de l'hydrastis en 1851 par Parrisch et Durand, se présente sous forme de cristaux jaunes brillants, insolubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool froid et dans l'éther, très solubles dans le chloroforme, l'alcool bouillant et l'acide chlorhydrique affaibli. On emploie de préférence le chlorhydrate d'hydrastine qui s'administre, d'après les auteurs, à la dose de 0,05 cent. à 0,50 cent. par jour. Fellner formule la mixture suivante :

Chlorhydrate d'hydrastinine...		2 grammes
Eau bouillante..... ...		20 —
Eau de fleur d'oranger.....	ãã	2 —
Sirop de tolu.....		

XV à XX gouttes de deux heures en deux heures.

(G). — La plupart des thérapeutes ont délaissé l'hydrastine pour l'*hydrastinine* (C^{22} AZ^{14} O^{6}). C'est un produit d'oxydation, obtenu par Freund et Wild, en chauffant légèrement l'hydrastine avec de l'acide nitrique dilué. Elle se présente sous forme de cristaux, d'une blancheur éclatante, dont le point de fusion est à 117°; elle est très soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, et moins soluble dans l'eau chaude, à laquelle elle communique une légère fluorescence et une saveur amère ; mais avec la plupart des acides, elle forme des sels, qui s'y dissolvent facilement C'est le chlorhydrate d'hydrastinine qui semble se prêter le mieux aux usages thérapeutiques; ce corps s'administre en injections sous-cutanées, d'après la formule de Falck :

Chlorhydrate d'hydrastinine...	1 gramme
Eau distillée.	10 —

Une demi-seringue à une seringue de Pravaz par jour.

Plus rarement, il se prescrit sous forme pilulaire :

Chlorhydrate d'hydrastinine ..	1 gramme
Poudre de jus de réglisse	q. s.

F. s. a. — Pilules n° 10. Une à deux par jour.

(H). — Quant à la *berbérine*, on l'a également employée à l'état de phosphate, pour combattre les métrorrhagies. Fellner recommande :

Phosphate de berbérine.....		1 gramme
Eau bouillante		20 —
Vin de Malaga.....	ãã	5 —
Sirop de canelle.....		

XX gouttes toutes les deux heures.

Ce produit n'est guère usité, tout au moins en France.

Il n'y a en somme que deux formes pharmaceutiques qui se disputent la faveur des praticiens : l'extrait fluide d'hydrastis, d'une part, le chlorhydrate d'hydrastinine, d'autre part. A laquelle doit-on donner la préférence ? Si l'on s'en réfère aux idées actuellement en vogue, le principe immédiat doit l'emporter sur la préparation galénique. Ne représente-t-il pas un composé défini, toujours identique à lui-même, dont les effets peuvent se comparer à ceux d'une « arme de précision ». L'extrait fluide, au contraire, serait un médicament infidèle : car les végétaux employés en thérapeutique, n'ont pas toujours la même activité, celle-ci variant suivant l'époque de la récolte, la nature du terrain, etc. Entre un principe dont la constitution est toujours la même, et une préparation sujette à de multiples variations, l'hésitation ne devrait pas être permise et l'alcaloïde mériterait incontestablement la préférence. Ces considérations, théoriquement exactes, n'ont pas une valeur absolue dans la pratique. Les alcaloïdes et les glucosides sont loin d'avoir une composition constante, et varient beaucoup suivant le mode de fabrication. Ainsi que l'a fait remarquer M. Pouchet (1), il suffit de causes minimes pour modifier la constitution isomérique de ces principes, et pour leur communiquer des propriétés physiologiques différentes. En outre, ces principes ne reproduisent souvent qu'une partie de l'action exercée par la plante elle-même. M. Pouchet cite comme exemple la santonine dont les effets vermifuges seraient inférieurs à ceux du semen-contra : car ce semen-contra contient en outre une huile volatile, qui, jointe à la santonine, augmente son pouvoir anti-parasitaire, tout en diminuant sa toxicité. Les alcaloïdes peuvent donc revendiquer leur part des reproches que l'on a adressés aux préparations galéniques, dont on a singulièrement exagéré l'inconstance et la variabilité.

En ce qui concerne l'hydrastis, maintes raisons nous engagent à préférer l'extrait fluide. La plupart des auteurs qui préconisent l'hydrastinine, l'emploient en injections sous-cutanées. Or, ces injections ne sont pas d'une innocuité absolue : elles provoquent une cuisson assez forte, et laissent à leur niveau une coloration bleu foncé (K. Abel, de Berlin) : on trouva ensuite au point piqué une induration qui disparaît très lentement, et qui, pendant longtemps, reste sensible à la pression. Ce sont déjà là des inconvénients avec lesquels il faut compter ; mais il en est encore d'autres. Bien que l'hydrastis ne soit pas, à proprement parler, une plante vénéneuse, on a observé des phénomènes d'intoxication avec l'hydrastinine. Voici, entre autres, une observation rapportée par Wild : Une femme de 39 ans atteinte de métrorrhagies profuses, reçut en 43 jours, 17 injections d'hydrastinine en solution au 1/10, soit 0 gr. 10 centigrammes de principe actif par injection. Au moment de la dernière injection, elle déclara que, depuis six jours, elle ressentait de vives

(1) G. Pouchet. — Importance des préparations galéniques en thérapeutique, *Journal des Praticiens*, 1898.

Digitized by Google

douleurs de gorge, et, en examinant cette région, M. Wild aperçut, sur la partie postérieure du pharynx, des plaques roses circonscrites, assez saillantes. Pendant les cinq jours suivants, les plaques s'accrurent, et les douleurs locales, irradiées jusqu'aux oreilles, étaient assez intenses pour entraver la déglutition. Une nouvelle injection, faite après leur disparition, ramena les mêmes phénomènes.

Sans doute, ces accidents n'ont pas été graves : mais rien de pareil n'a encore été signalé avec l'extrait fluide. Et comme il n'est pas prouvé que cet extrait fluide ait une valeur inférieure à celle de l'hydrastinine, nous estimons qu'il est rationnel de lui accorder la préférence. Cette opinion du reste est partagée par Sœnger (de Magdebourg), qui, ayant administré à des bronchitiques, tantôt de l'extrait fluide d'Hydrastis et tantôt de l'hydrastinine, a obtenu de meilleurs résultats avec l'extrait fluide.

***

Indications thérapeutiques. — Il nous reste à établir les principales indications thérapeutiques de l'hydrastis canadensis. On s'en est servi pour combattre les affections les plus diverses : les *endocardites*, les *néphrites*, les *névroses*, etc. Plus récemment, on l'a employé avec succès dans les *bronchites* (Sœnger), les *sueurs nocturnes* des tuberculeux (Olzesky, Cruse), les *vomissements* de la grossesse (Fedorow), où ses effets sont probablement dus à ses propriétés stomachiques. Mais c'est principalement contre les *hémorrhagies viscérales* qu'il a été mis en œuvre, l'hydrastis canadensis étant avant tout un médicament hémostatique (1).

Parmi ces hémorrhaagies, citons pour mémoire le *purpura*, les *épistaxis* récidivantes, les *hématémèses*, les *enterorrhagies*, contre lesquelles il a été récemment vanté par M. Wucetig. Nous avons pour notre part, obtenu un succès remarquable dans un cas d'*hématurie* rebelle, qui avait résisté à tous les autres traitements. Le malade était un homme de 55 ans, qui fut pris en 1897 d'hématuries abondantes et prolongées. Cet homme, qui était tabagique et artério-scléreux, présentait en outre des accès d'angor pectoris. Il fut soumis à l'examen d'un spécialiste éminent, qui conclut à l'existence probable d'un néoplasme du rein droit, et proposa une intervention chirurgicale, à laquelle le sujet se refusa. Après avoir tenté en vain les médications les plus diverses, nous eûmes l'idée de lui prescrire l'extrait fluide d'hydrastis, à la dose de cent gouttes par jour, prises en quatre fois. Après quatre ou cinq jours de cette ingestion, l'hématurie, qui persistait depuis plus d'un mois, devint intermittente, et finit par disparaître. S'agit-il d'une simple coïncidence ? Nous ne le pensons pas, car cet homme, ayant eu, un an après, une reprise de ses pissements de sang, fut soumis d'emblée à l'extrait fluide d'hydrastis : l'hématurie dura quatre ou cinq jours, et cessa. Ajoutons que l'hydrastis n'eut aucune action défavorable sur l'angine de poitrine dont les accès devinrent de plus en plus rares sous l'influence de la médication iodurée et surtout grâce à l'interdiction du tabac.

Pour ce qui est des *hémoptysies*, nombreux sont les cas qui ont été combattus par l'hydrastis. D'après Scarpa et Sabadini, l'hydrastis canadensis, tout en jouissant de la même efficacité que l'ergot de seigle contre les hémorrhagies broncho-pulmonaires, aurait sur lui cet avantage considérable de ne pas exercer d'action nocive sur l'organisme, et de posséder au contraire une influence favorable sur l'appétit et la digestion. C'est une opinion identique à celle que nous avons émise précédemment.

***

Applications gynécologiques. — Nous avons hâte d'arriver à l'action capitale de l'hydrastis, à son action sur les *métrorrhagies*. Rappelons d'abord que c'est le médecin médecin américain, *Gordon* (de Hannibal), qui, le premier, employa méthodiquement l'hydrastis contre les hémorrhagies utérines (1867). Quinze ans plus tard (1883), au congrès des naturalistes allemands, *Schatz* faisait part des brillants résultats qu'il avait obtenus contre les mêmes accidents par l'usage de l'extrait fluide d'hydrastis et engageait ses confrères à contrôler dans leur pratique la valeur de ses assertions. Son appel ne resta pas sans écho, et les travaux se multiplièrent. Il nous suffira de citer pour mémoire ceux de *Mendès* (de Léon), de *Woltering* (de Munster), de *R. Wilcox* (de New-York), de *Fuchs*, de *Pallin*, de *Czempin*, etc. En France, c'est surtout à notre ancien maître, M. *Huchard*, que l'on doit la vulgarisation de ce médicament dans les maladies des femmes ; il proclama, du reste, qu'i ne s'agissait pas d'un spécifique merveilleux, ainsi qu'on l'avait annoncé d'Amérique, mais d'un agent thérapeutique sérieux, ayant, comme tous les autres, des indications nettes et précises.

Nous nous bornerons ici à exposer les résultats que nous avons obtenus dans notre pratique personnelle. Pour mettre un peu d'ordre dans notre énumération, nous envisageons les hémorrhagies de

(1) D'après M. Boix, l'hydrastis canadensis et ses dérivés sont des décongestionnants et, à ce titre, peuvent rendre des services dans les maladies de cœur. De plus, ces médicaments, qui mettent en jeu d'une façon douce et continue la contractilité des artères, semblent également indiqués dans le traitement des artérites, des aortites et dans l'artério-sclérose. (*Arch. gén. de médecine*, 1900).

Digitized by Google

l'appareil utérin suivant la période de la vie féminine à laquelle elles apparaissent et nous passerons ainsi successivement en revue :

A. — Les métrorrhagies de la puberté.
B. — Les métrorrhagies de l'âge adulte.
C. — Les métrorrhagies de la ménopause et de la vieillesse.

A. — Les *métrorrhagies de la puberté* ont été particulièrement étudiées par Pozzi, Bouton, Doleris, Laroyenne, et plus récemment par Quénu et Castan. Elles surviennent chez des jeunes filles de 13 à 16 ans. Tantôt les pertes sanguines sont à peu près continues depuis l'éruption des premières règles, tantôt celles-ci, après s'être montrées normalement, sont devenues espacées, irrégulières, puis se sont manifestées avec une abondance et une persistance excessive. Ces pertes sont parfois assez intenses pour menacer l'existence ; on a même cité des cas de mort survenus consécutivement (Rakeer). La pathogénie de ces métrorrhagies a été diversement interprétée. Laroyenne prétend qu'elles sont dues à des fongosités du corps de l'utérus et les traite par le curettage. Castan les rattache à une auto-intoxication, en rapport elle-même avec une hérédité morbide ou une hygiène défectueuse ; elles rentreraient donc dans le cadre des hémorrhagies dyscrasiques. Quoi qu'il en soit, les hémorrhagies vaginales que nous avons eu à soigner (15 cas environ), ont été justiciables de l'Extrait fluide d'Hydrastis, administré suivant les règles formulées plus haut. Nous y avons joint, quand elles étaient intenses, le repos horizontal et les injections vaginales chaudes. Nous n'avons pas observé de cas rebelles à ce traitement. Quand les hémorrhagies ont cessé, nous avons l'habitude de prescrire quelques préparations martiales, pour combattre l'anémie consécutive.

B. — Les *métrorrhagies de l'âge adulte*, en dehors de celles qui surviennent au cours de la grossesse ou de la puerpuralité, en dehors également de celles qui sont occasionnées par des néoplasmes, sont le plus souvent sous la dépendance de cette forme d'endométrite chronique qu'on a désignée sous le nom d'*endométrite fongueuse*. La muqueuse du corps utérin est hypertrophiée et donne la sensation d'une masse spongieuse qui ne s'étend pas au-delà de l'orifice interne du col. L'endométrite fongueuse est sous la dépendance des mêmes processus infectieux qui régissent les autres formes : mais elle se manifeste surtout consécutivement aux infections post-partum ou post-abortum. D'après Pozzi, ce serait la forme de prédilection des métrites post-abortum, alors que de simples particules, presque invisibles de caduque, greffées sur la muqueuse utérine y entretiennent une inflammation tenace.

Pour cette forme d'endométrite, beaucoup de gynécologues n'admettent qu'un seul traitement, le curettage. Nous avons partagé jadis cette opinion, et nous avons pratiqué, comme tout le monde, d'assez nombreux curettages. Or, le plus souvent, le curettage ne nous a donné qu'un répit temporaire de trois à quatre mois, puis les pertes sont revenues comme auparavant. Cette réapparition des accidents, nous ne l'avons pas seulement observée dans des cas qui nous étaient personnels ; nous l'avons vue se produire maintes fois chez des femmes qui avaient été curettées par des maîtres, à l'hôpital ou ailleurs, et chez lesquelles l'opération présentait toutes les garanties d'une exécution irréprochable. Le curettage est donc loin d'amener toujours une guérison durable.

Après de nombreux essais, voici la technique à laquelle nous nous sommes arrêtés : La malade, qui doit d'abord garder le lit, prend, pour commencer LX gouttes d'Extrait fluide d'Hydrastis en trois fois dans la journée. Le lendemain nous augmentons la dose de XX gouttes, ainsi que les jours suivants. La malade arrive ainsi à prendre quotidiennement C à CL gouttes, dose qu'il ne nous a jamais été nécessaire de dépasser. On continue cette medication tant que dure l'hémorrhagie, puis, quatre à cinq jours après sa disparition, on diminue graduellement la dose jusqu'au chiffre initial de LX gouttes et l'on cesse le médicament.

Mais tout ne se borne pas à cette ingestion d'hydrastis ; il est utile d'instituer en même temps un traitement local intra-utérin. Celui auquel nous donnons la préférence se rattache à la méthode des crayons ou bâtonnets. Après badigeonnage de la muqueuse utérine avec une émulsion de glycérine créosotée au tiers, nous introduisons dans la cavité de la matrice de petits crayons composés en parties égales d'iodoforme et d'antipyrine. On continue les pansements plus ou moins souvent et plus ou moins longtemps suivant les besoins. Mais généralement six à huit jours après le début du traitement, la femme peut se lever et vaquer à ses occupations, contrairement à ce qui arrive après le currettage, qui nécessite un repos d'environ trois semaines.

Ici, une objection s'offre immédiatement à l'esprit : Puisque l'hydrastis jouit de propriétés hémostatiques aussi avérées, il devrait suffire à lui seul à assurer la guérison, et tout traitement local devrait être inutile. Rien ne prouve que l'amélioration n'est pas le fait de la médication topique seule. Cette objection nous nous la sommes posée nous-même, et pour en contrôler la valeur, nous avons dissocié le traitement. Certaines malades ont été soumises à la seule ingestion d'hydrastis ; d'autres n'ont été traitées que par des applications topiques. Or, jamais les résul-

Digitized by Google

tats obtenus n'ont été aussi satisfaisants qu'en associant les deux modes de traitement.

Il faut en effet considérer, que, dans l'endométrite hémorrhagique, il y a deux éléments à combattre : un élément congestif, et un élément infectieux. L'hydrastis, par ses propriétés vaso-constrictives. modère et arrête les hémorrhagies ; mais il est impuissant à modifier l'infection causale, qui, par sa persistance, amène la réapparition constante des mêmes phénomènes. De là, la nécessité de lui adjoindre un traitement topique qui modifie la muqueuse et détruise les agents pathogènes, source permanente d'irritation et d'inflammation.

Après l'opération du curettage, l'hydrastis trouve également son emploi. S'il est vrai de dire que ce médicament restreint le champ de la curette, il ne serait pas juste de le considérer comme un antagoniste de cet instrument. Administré après le curettage et l'écouvillonnage de l'utérus, il devient alors le complément de l'opération dont il assure le succès.

Nous avons encore donné l'hydrastis dans des métrorrhagies symptomatiques de fibro-myome de l'utérus et nous avons toujours constaté une diminution notable des pertes sanguines. Il ne nous a pas paru agir d'une façon sensible sur le volume de la tumeur.

C. — Les métrorrhagies ne sont pas exceptionnelles chez les femmes qui approchent de la ménopause. La métrite hémorrhagique de la ménopause et de la vieillesse a été étudiée récemment par le docteur Dupuy (1). D'après cet auteur, les hémorrhagies résulteraient tantôt des altérations artério-scléreuses que subit l'organe utérin à cette phase de la vie, tantôt d'un état inflammatoire consécutif à une métrite antérieure. Ici, l'administration de l'hydrastis, combinée au traitement local, suivant les principes précédemment exposés, produit encore de bons effets. Nous pourrions citer de nombreux exemples à l'appui de cette assertion ; quelques-uns ont été consignés dans la thèse du docteur Boël.

Enfin, nous avons eu, malheureusement, à soigner une assez grande quantité de femmes, atteintes de métrorrhagies symptomatiques de cancer de l'utérus. Nous n'avons alors retiré aucun bénéfice de l'usage de l'hydrastis. Cet insuccès n'a rien de surprenant, si l'on considère que les hémorrhagies de cette nature ont pour siége des ulcérations épitheliomateuses dans lesquelles les vaisseaux ont subi des altérations considérables. — E. Tournier, *ancien interne des hôpitaux*.

(1) H. Dupuy : La métrite hémorrhagique de la ménopause et de la vieillesse : *Thèse de Bordeaux*, 1897.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pommade de Reclus :

Iodoforme	1 gramme
Salol	2 —
Acide borique pulvérisé	5 —
Antipyrine pulvérisée	40 —

Cette pommade est à la fois antiseptique, antiputride et analgésique. Elle convient au pansement de toutes les plaies et tout particulièrement de celles qui suppurent ou sont d'une asepsie douteuse.

Elixir de vanadate de soude :

Vanadate de soude	0 gr. 05
Arséniate de soude	0 — 05
Glycérophosphate de soude	10 grammes
Elixir de Garus	300 —

Chaque cuillerée à dessert, 10 grammes, renferme environ un milligr. et demi de vanadate et d'arséniate et 0 gr. 30 de glycérophosphate.

(Syndicat des pharmac. de la Char.-Inf.)

Pommade contre les croûtes des narines (Bonne) :

Pommade au précipité blanc	10 grammes
Vaseline boriquée	10 —
Oxyde de zinc	5 —
Acétate de plomb	0 gr. 25

Panaris osseux (Schuster) :

Iode métallique	0 gr. 10
Teinture d'iode	5 grammes
— de ratanhia	5 —
Iodure de potassium	2 —
Glycérine	30 —

Mêlez. — Usage externe.

Une fois le panaris incisé, on introduit dans la plaie, jusqu'à l'os, une lanière de tarlatane aseptique imbibée du liquide ci dessus formulé, puis on applique par-dessus une compresse imprégnée d'une solution d'acétate d'alumine.

Sous l'influence de ce traitement, Schuster a obtenu la cessation presque instantanée de la suppuration et la cicatrisation de la plaie en quelques jours, dans des cas ayant résisté à l'emploi de la gaze iodoformée.

Traitement des caries dentaires par le formol géranié (André et Demarion) :

Aldéhyde formique	40 grammes
Essence de géranium	20 —
Alcool à 80°	40 —

D'après les auteurs, ce désinfectant est très puissant. Il desodorise complètement et définitivement la carie dentaire après 2 ou 3 pansements. Son pouvoir antiseptique est très élevé. Il est très diffusible dans les matières aqueuses.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Régime diététique dans la fièvre typhoïde. — Dans presque tous les cas de fièvre typhoïde, le lait constitue l'aliment de choix, parce qu'il est à la fois aliment complet et facilement assimilable. On doit-le prescrire à la dose de 120 grammes au moins à 240 grammes au plus toutes les 2 heures, suivant la facilité de la digestion et l'état des selles. La présence de caséine non digérée dans les fèces signifie qu'il est pris en trop grande quantité, ou, après réduction, qu'il faut diluer le lait avec de l'eau simple ou alcaline, ou lui adjoindre de la pepsine.

Il est préférable de faire cuire le lait. Cru, il donne quelquefois de la diarrhée, et d'autres fois augmente la constipation. L'ébullition du lait n'est pas le seul remède à employer dans ce dernier cas, si elle est insuffisante on ajoute au lait bouilli du petit-lait, du bouillon de poulet, du jus de viande ou de la peptone.

On a dit que le bouillon fournissait un excellent milieu de culture aux microbes de l'intestin dont la multiplication devait être évitée dans la fièvre typhoïde.

Ce danger est tout théorique. On pourrait en dire autant de beaucoup d'autres aliments et même du lait, et l'on oublie que le suc gastrique, entre autres, possède un pouvoir antiseptique qu'il est possible d'accroître en administrant un peu d'acide chlorhydrique ou tel autre antiseptique.

Il est exceptionnel qu'à l'état de maladie le dégoût du lait soit un obstacle insurmontable à son emploi ou que l'assimilation du lait demeure, malgré tout, vraiment défectueuse. Au cas où il en serait ainsi, il faut remplacer cet aliment par l'eau albumineuse — 4 blancs d'œuf pour un litre d'eau à température ordinaire — qu'on aromatise avec du jus de citron, du cognac...

Les complications de la fièvre typhoïde nécessitent naturellement une modification dans l'administration du régime lacté ; l'hémorrhagie intestinale, la perforation et la péritonite exigent une diminution considérable du lait et même une suppression complète d'alimentation pendant le temps de la période de danger.

La transition qu'il importe de ménager entre la période fébrile et la période de convalescence n'est pas la partie la moins importante à déterminer du régime alimentaire des typhiques.

Règle générale et facile à suivre : s'en tenir au lait, au bouillon et à l'eau albumineuse jusqu'à la fin des sept premiers jours d'apyrexie complète.

Après, on progresse de la manière suivante : d'abord, un œuf à la coque peu cuit, et si rien d'anormal ne survient pendant les 24 heures qui suivent, on permet un œuf à la coque par jour pendant trois jours ; ensuite, et peu à peu, une petite quantité de riz ou de farine d'avoine bien cuits, puis deux ou trois huîtres crues, un peu de viande en pulpe, et en dernier lieu la viande de poulet.

Il est absolument contre-indiqué de commencer l'alimentation au cours du premier septénaire d'apyrexie complète, sous peine de provoquer une reprise de la fièvre (J. Tyson, *University Medic. Magazine*, décembre 1900). — E B.

MÉDECINE INFANTILE

La rhinite purulente précoce de la scarlatine. — Parmi les complications de la scarlatine, une des plus importantes par sa fréquence et sa gravité est le coryza purulent. M. Chausserie-Laprée en a fait, dans le service de M. Roger, une étude intéressante.

Il résulte d'une infection streptococcique des fosses nasales. Sa gravité est très grande. Il ouvre la porte à des infections secondaires nombreuses : Sur 39 malades atteints de coryza purulent, 18 sont morts des complications amenées par ce coryza ; dans la moitié des cas, il a donc été suivi de mort. Sur 29 individus morts de scarlatine à Aubervilliers, 9 avaient du coryza purulent. Ces quelques chiffres montrent bien la gravité de cette complication.

Le coryza purulent peut être précoce ou tardif. Précoce, il se montre surtout dans des scarlatines à invasion bruyante; dès le début on constate une certaine inflammation de la muqueuse nasale qui cause de l'enchifrènement et du nasonnement; bientôt apparaît un écoulement nasal séreux, qui guérit ou devient purulent. Plus souvent, le coryza est d'emblée purulent, abondant, intense : un pus épais, fétide, s'écoule continuellement par le nez, recouvrant et excoriant les lèvres, le nez, les joues, etc.; la peau devient rouge, tendue, d'apect érysipélateux. Généralement ce coryza coïncide avec une angine violente.

Le malade respire péniblement exclusivement par la bouche qui est remplie de pus et de mucosités; les ganglions cervicaux sont engorgés, une bronchopneumonie se déclare; l'état général est très grave.

La dyspnée fait des progrès rapides, la respiration est soufflante, la face et les extrémités se cyanosent;

Digitized by Google

le malade meurt dans une adynamie progressive.

Dans des cas atténués, le coryza purulent guérit, mais il prolonge et aggrave la scarlatine.

Le coryza purulent tardif apparaît vers le dixième jour, alors que la desquamation a commencé. La fièvre reparaît ou augmente, la maladie reprend. L'écoulement nasal est abondant, le nez gonflé, l'angine violente. De l'albuminurie, de la diarrhée, des arthrites complètent souvent le tableau. Ce coryza tardif est souvent tenace et peut entraîner la bronchopneumonie.

D'autres complications peuvent être amenées par le coryza purulent : stomatite, conjonctivite purulente, otite, mastoïdite, sinusite, adénophlegmons, abcès multiples, septicémie.

Le coryza purulent nécessite un traitement énergique. On fait de grands lavages de la gorge et des fosses nasales avec de l'eau oxygénée, mélangée à un volume égal d'une solution de bicarbonate de soude à 4 pour 1000. Ces lavages sont faits à l'aide d'un bock placé à 50 centimètres au-dessus du lit, et répétés six fois par jour.

L'appareil de M. Le Lorier rend ces irrigations faciles : il se compose d'une sonde Nélaton, à la partie moyenne de laquelle on perce trois petits trous. La sonde est introduite dans le nez, de façon que les trois trous correspondent aux fosses nasales, et que l'extrémité de la sonde ressorte par la bouche.

Après le lavage, on introduit dans les fosses nasales de la pommade mentholée ou résorcinée, et un tampon.

Dans les cas favorables, l'écoulement diminue au bout de trois jours, puis disparaît après cinq ou six jours. Tant qu'il persiste, même atténué, il faut continuer les lavages.

Pour prévenir l'apparition de la rhinite, on devra systématiquement faire des irrigations antiseptiques dans les fosses nasales de tout scarlatineux, ou introduire de la vaseline boriquée, mentholée ou résorcinée. — E. L. M.

HYGIÈNE INFANTILE

La suralimentation par le lait. — La suralimentation est une des causes les plus fréquentes de troubles digestifs chez les nourrissons. M. Marfan a étudié les diverses conditions dans lesquelles se produit la suralimentation (Archives de médecine des enfants, juillet 1900).

Chez l'enfant au sein, la suralimentation peut être réalisée :

1° Par des tétées trop rapprochées. L'enfant ne doit pas être mis au sein quand il le demande, mais d'une façon régulière : pendant les cinq premiers mois, toutes les deux heures et demie, avec un repos de cinq à six heures pendant la nuit. Durant les mois suivants, l'enfant est mis au sein toutes les trois heures : après le septième mois, on supprime la tétée de la nuit.

Cette loi ne peut être transgressée que dans le cas où la mère n'a pas assez de lait ; on peut alors faire téter toutes les deux heures.

2° Les tétées trop copieuses sont aussi nuisibles. Si la mère a trop de lait, si l'enfant prend à chaque tétée plus de lait qu'il ne faut, la mère ne donnera qu'un sein à chaque tétée et dégorgera l'autre avec un tire-lait. Si la nourrice mercenaire a un lait trop abondant, ce qui arrive toujours au début de l'allaitement, elle devra se dégorger les seins avant la tétée, ou conserver son enfant pendant les premiers jours.

3° Un lait trop riche en matières grasses peut entraîner la diarrhée. On a incriminé aussi l'excès de lactose, de caséine, de sels. Lorsque la lactation dure depuis longtemps, le lait est plus concentré et peut être nuisible. Marfan pense que ces anomalies de composition du lait ne sont pas très fréquentes. Toutefois, en cas de troubles digestifs du nourrisson, il est indiqué de pratiquer une analyse chimique du lait.

Des conditions analogues peuvent entraîner la suralimentation chez l'enfant nourri au lait de vache. Le seul fait de donner du lait de vache qui renferme plus de caséine et plus de sels que le lait de femme est une cause d'indigestion pour le nourrisson jusqu'à l'âge de quatre à cinq mois. On y remédiera en diluant le lait de vache avec un tiers d'eau bouillie additionnée de 10 0/0 de sucre,

La digestion du lait de vache étant plus lente, les tétées doivent être plus espacées.

La quantité de lait à chaque repas doit être réglée, de telle sorte que la quantité totale de lait ingérée en un jour ne dépasse pas un litre avant le deuxième mois.

Du 7e au 30e jour,	on donnera	315	à	630	gr. de lait
au 2e mois	—	630	à	840	—
au 2e mois	—	840	à	945	—
au 4e et 5e mois	—	945	à	1050	—
du 6e au 9e mois	—	960	à	1050	—

Au moment du sevrage ou de l'ablactation, certains enfants deviennent malades, parce qu'on leur donne les repas de plus en plus copieux sans en diminuer le nombre. Il faut espacer les repas ; après quinze mois, l'enfant ne fera que quatre repas par jour.

La suralimentation, lorsqu'elle est bien supportée,

Digitized by Google

aboutit à la surnutrition et fait les nourrissons obèses : lorsque l'alimentation se fait mal, les troubles digestifs s'établissent et produisent la cachexie atrophique.

La suralimentation provoque d'abord de la dyspepsie; une partie des aliments n'est pas digérée et fermente; les produits de la fermentation irritent l'estomac, amènent le catarrhe gastrique, l'atonie de l'estomac, la stase, la multiplication des microbes; les fermentations acides deviennent très abondantes et sont le point de départ d'un intoxication acide ; il se produit un état de la nutrition analogue à celui qu'on voit dans la goutte.

L'ablactation prématurée, l'alimentation précoce avec des farineux, du bouillon ou de la viande, avant le sixième mois est encore une des causes les plus certaines de la gastro-entérite du nourrisson. M. Marfan ne permet le bouillon qu'après quinze mois, et la viande qu'après deux ans. — E. L. M.

CHIRURGIE

L'appendicite chronique. — Dans un travail fort intéressant (th. Paris, 1901), notre excellent ami le Dr Rastouil étudie sous ce nom l'état chronique appendiculaire se traduisant par une série de symptômes à évolution lente, sourde, évoluant sans crises ; il élimine ainsi de son étude l'appendicite à *répétition* et l'appendicite chronique secondaire à des crises aigües. MM. Brun, Walther, Jalaguier avaient déjà étudié cette forme, dont l'histoire histologique a été faite par M. Letulle.

La symptomatologie de cette affection est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux et des troubles gastro-intestinaux. La douleur spontanée est très variable, elle est parfois bien localisée dans la fosse iliaque droite, d'autre fois diffuse dans tout l'abdomen. Les malades ont du dégoût pour certains aliments, des nausées, des vomissements, de la diarrhée. L'infection intestinale revêt la forme de l'entérocolite simple ou de la colite muco-membraneuse ; elle retentit parfois sur le foie et l'on a noté dans certains cas un foie gros, sensible, avec un léger subictère. L'état général ne tarde pas à s'altérer, les malades maigrissent et perdent leurs forces.

Dans certains cas, un groupe de symptômes prend une telle importance qu'il absorbe toute l'attention, ce qui a permis à Rastouil d'étudier trois formes : forme douloureuse (avec ou sans accès à répétition), formedyspeptique, forme nerveuse.

Le diagnostic sera le plus souvent difficile, et, au début, on pensera souvent à toute autre affection qu'à l'appendicite chronique, ce n'est souvent qu'après des insuccès thérapeutiques que le médecin sera mis sur la voie ; cependant le diagnostic est possible dès le début lorsqu'on est prévenu de l'existence de cette forme et qu'on fait une analyse minutieuse des symptômes. C'est le plus souvent avec le rein mobile, avec la colite muco-membraneuse, les salpingites, les cholécystite calculeuse, la tuberculose, qu'on confondra l'appendicite chronique.

Le diagnostic une fois établi, il faudrait théoriquemeet opérer le malade le plus tôt possible. Dans la pratique, cette forme ayant peu de tendance à la perforation, on fera bien suivant le conseil de M. Walther, de soumettre d'abord le malade à un régime sévère qui laissera au repos tous les organes et permettra aux lésions appendiculaires de bien se mettre en relief.

Si les phénomènes douloureux et les troubles digestifs persistent et que le diagnostic d'appendicite chronique reste nettement posé, il ne faut pas hésiter à proposer l'intervention. Celle-ci, en effet, fera disparaître les phénomènes appendiculaires et les troubles gastro-intestinaux : de plus, et c'est une considération qui repose sur des faits, l'appendicectomie sera le seul moyen de mettre le malade à l'abri d'une poussée aigüe toujours possible et dont on ne peut à l'avance mesurer la gravité.

On ne devra pas se borner à la résection de l'appendice, mais, comme l'a recommandé M. Walther, rechercher les lésions péri-appendiculaires, et dans la mesure du possible y remédier. — J. H. M.

De la Péritonisation dans les laparotomies. MM. Quénu et Judet, dans un article très intéressant (*Rev. de chir. 1901*), décrivent sous le nom de péritonisation ou autoplastie péritonéale un temps spécial de l'acte opératoire ayant pour but de recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées, afin que l'abdomen refermé, l'intestin en tous les points de la cavité abdominale s'adosse comme chez le sujet sain à une surface lisse et recouverte d'endothelium.

Comme arguments en faveur de cette méthode les auteurs font valoir la suppression d'exsudation au niveau de la plaie, la diminution notable des chances d'infection, enfin et surtout, l'absence d'occlusions intestinales post-opératoires immédiates ou tardives, dues à la formation d'adhérences péritonéales lorsque les surfaces cruentées sont laissées en l'état. De même la péritonisation supprimerait les coliques observées chez les malades porteurs d'adhérences.

Les auteurs font de la péritonisation une méthode générale, applicable d'une manière plus ou moins

Digitized by Google

parfaite dans toutes les opérations abdominales ; ils l'envisagent dans l'appendicite, les kystes de l'ovaire, les fibromes, les salpingo-ovarites.

Dans l'appendicite, cela consiste à enfouir le moignon cautérisé, à l'aide de quelques points séro-séreux, et dans certains cas à disséquer à la base de l'appendice une collerette péritonéale. Remarquons que de nombreux chirurgiens font de même l'enfouissement, mais il en est d'autres qui se contentent de cautériser le moignon, leurs résultats sont d'ailleurs excellents.

Dans les kystes de l'ovaire, dans les fibromes enlevés par hystérectomie supra-vaginale, la péritonisation est des plus faciles : dans ce dernier cas, par exemple, on n'a qu'à adosser, au moyen d'un long surjet conduit du pédicule utero-ovarien gauche au pédicule ovarien droit, les deux lambeaux antérieur et postérieur du péritoine.

D'après Quénu et Judet, c'est peut-être dans les affections inflammatoires du petit bassin que la péritonisation trouve ses indications les plus nombreuses et les plus légitimes. Le travail de restauration de la séreuse se proportionne naturellement à l'étendue des délabrements opératoires qui dépendent eux mêmes de la nature des lésions. Rapide et facile dans les annexites non adhérentes, il devient quelquefois long et laborieux dans ces cas de pelvi-péritonite suppurée ancienne ou trompes, ovaires, utérus sont réunis en un seul bloc inflammatoire.

Dans tous ces cas, les auteurs s'efforcent de réparer et de tapisser la surface dénudée, utilisant le péritoine qui tapisse la partie inférieure de la paroi abdominale et se réfléchit sur la face postérieure de la vessie et même le péritoine de la face antérieure du colon pelvien.

A la péritonisation, ils joignent le drainage abdominal qui constitue comme une soupape de sûreté contre l'infection et l'hémorrhagie.

Les résultats obtenus sont très satisfaisants : abaissement de la mortalité à un taux très faible, absence de coliques dans les jours qui suivent la laparotomie, peu de durée du drainage abdominal, peu de troubles de la défécation ni de la miction avec l'adossement vesico-sigmoïde. Enfin, depuis que M. Quénu emploie ce procédé, il voit beaucoup moins qu'auparavant d'anciennes opérées se plaindre de troubles digestifs et de vives douleurs abdominales. Aussi conclue-t-il que non-seulement cette méthode permet de guérir plus souvent, mais encore qu'elle permet de guérir mieux et d'une manière plus définitive. — J. H. M.

DIÉTÉTIQUE

Les raisins en urothérapie. — A plusieurs reprises dans ce journal M. Deguy (1898, p. 537), M. Brissemoret (1898, p. 603), ont entretenu nos lecteurs des cures de raisin et de leurs avantages. Plus récemment, M. Benno-Laquer revenait sur la question, et M. Carles vient de faire une intéressante communication à la Société de médecine de Bordeaux sur ce sujet (avril 1901), et il conseille à nouveau le raisin :

Bien des gens exempts de fièvre, dit-il, ont parfois des urines extrêmement acides. Les causes en sont diverses ; quelquefois, elles sont indéterminées ; dans d'autres circonstances, il paraît avéré que cela résulte d'une nourriture trop excitante, trop copieuse ou trop carnée. Généralement, les phosphates acides représentent les facteurs principaux de cet état maladif. Quant aux urates, ils constituent toujours un des facteurs de cette acidité ; mais l'acide urique, acide organique, étant obligé de céder ses bases à l'acide minéral, devient plus ou moins libre, et partant, prématurément insoluble. C'est alors qu'il donne lieu à des urines colorées et troubles. Selon la proportion d'eau en présence, et selon aussi le degré d'acidité atteint, ce trouble se manifeste dès la miction même ou seulement après refroidissement absolu de l'urine.

Un pareil état de choses a toujours sur les malades une influence morale fâcheuse ; l'influence physique est quelquefois pire. Pour y mettre un terme ou tout au moins l'amender, la chimie suggère le recours à une médication alcaline : et alors, selon les ressources du malade, on lui prescrit un peu de bicarbonate de soude dans de l'eau ordinaire ou quelques bouteilles d'eau de Vichy ou de Vals. Malheureusement, l'effet produit n'est pas toujours celui qu'on attendait, surtout quand le remède est pris à table. Il semble même que chez certains sujets le résultat est opposé. On l'explique par une hypersécrétion gastrique consécutive entraînant une surproduction urique ; car, le plus souvent, la première provoque l'autre.

En cette occurrence, il nous a paru rationnel d'avoir recours à un agent acide, mais dont l'acidité fût susceptible de se transformer dans l'économie en alcalinité. Le type des sels de ce genre est le bitartrate de potasse ou crème de tartre. Cette crème lorsqu'elle est absorbée, se comporte dans l'économie comme dans un creuset rouge de feu ; l'acide tartrique est détruit et elle se transforme en carbonate de potasse.

Voilà donc un sel qui a la propriété dans l'estomac, en vertu de son acidité de modérer l'acidité gastrique plutôt que de l'exciter. Dès qu'il arrive dans l'intimité des tissus, il prend progressivement assez d'al-

Digitized by Google

calinité pour dissoudre et entraîner l'acide urique, et enfin quand il atteint la vessie l'équilibre de l'acidité urinaire est rétabli.

Les anciens l'avaient bien vu : mais comme ils ne s'expliquaient pas le rôle de cette crème, ils n'avaient pas confiance dans ses vertus.

La difficulté était de communiquer à ce bitartrate le maximum d'assimilabilité; car, à dose un peu élevée, il passe indissous dans l'intestin et agit alors comme purgatif. Il n'en est plus de même quand il est en combinaison naturelle avec diverses matières organiques, ainsi que cela a lieu dans toutes les espèces de raisins, sans aucune exception. Là, il est relativement soluble. Bien mieux, il est toujours associé à des sucres d'allure chimique et d'action physiologique voisine du sucre de lait et, comme lui, un peu diurétiques. Les raisins frais, chasselas et autres sont assurément préférables comme goût et surtout comme pouvoir pharmacodynamique aux raisins secs; parce que ces derniers sont généralement surmûris, et, à ce titre, moins riche en tartre. Cependant, les raisins secs de Malaga, représentant l'espèce commerciale la plus courante dès le printemps, conviennent très bien encore. Une dose de 100 grammes par jour, divisée dans les deux principaux repas et consommée comme dessert, nous paraît une bonne moyenne.

L'analyse démontre que ces 100 grammes contiennent la moitié de leur poids de sucre et 2 grammes environ de bitartrate de potasse ou autres sels à acides organiques. Par combustion complète, tout cela est capable de fournir 73 centigrammes de carbonate de potasse ou 50 centigrammes de potasse alcaline; et cette potasse, à son tour, est habile à transformer 90 centigrammes d'acide urique libre en urate neutre de potasse soluble. Ces 90 centigrammes représentent à peu près la proportion normale d'acide urique libre ou combiné que contiennent les urines de 24 heures d'un homme en santé.

Pratiquement, c'est cette dose de 100 grammes que nous avons conseillée à une femme et à quatre hommes dont les urines avaient une acidité double et même presque triple de la normale et aussi un poids d'acide urique exagéré dans le même sens. Pour quatre de ces malades, la dose d'acidité s'est abaissée dans les vingt-quatre heures à la normale et même au dessous. Bien mieux, pour une cause qui nous échappe, la quantité totale d'acide urique a elle-même diminué très sensiblement. Chez le dernier malade seul, les résultats ont été médiocres. Peut être est-ce parce qu'il s'agissait d'un homme essentiellement arthritique ayant eu souvent des coliques néphrétiques depuis l'enfance, atteint de néphrite et doué en plus d'un véritable dégoût pour l'alimentation végétale.

Dans tous les cas, les raisins constituent une médication simple, agréable et innocente. Il est vrai que les sels de potasse ont mauvaise réputation; mais on les regarde d'un œil moins malveillant, depuis que l'on sait qu'au centre de l'Afrique de nombreuses peuplades ont remplacé le sel marin par du chlorure de potassium. Ils le trouvent dans la lessive des cendres de certains végétaux terrestres. Nos 100 grammes de raisins secs contiennent à peine le dixième de la potasse que les noirs prennent quotidiennement à l'état de chlorure dans leurs aliments. D'ailleurs, depuis Noé, il semble que l'espèce humaine blanche s'accommode assez bien de la potasse des raisins.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Conservation dans un traumatisme par coup du fusil de guerre. — M. Delorme rapporte l'observation d'un militaire qui reçut à bout portant un coup du fusil Lebel. La balle fractura l'humérus comminutivement, abrasa l'artère humérale au-dessus de l'épitrochlée, puis fit éclater les chairs de la partie antérieure de l'avant bras, dilacéra l'artère radiale et enfin fractura la première phalange du petit doigt. Malgré des désordres aussi étendus, M. Delorme essaya de conserver le membre blessé; après avoir lié les deux bouts des artères sectionnées, enlevé les esquilles libres. et fait un pansement antiseptique, il plaça le membre dans la gouttière métallique dont il est l'inventeur, et obtint la consolidation de la fracture humérale en temps normal. Il n'y eut pas de sphacèle des tissus de l'avant-bras ni de la main, et aujourd'hui, les mouvements du membre sont bien conservés. *(30 avril)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne dans le traitement du lumbago et de la sciatique. — M. Millard s'associe aux réserves qui ont été faites à propos de la guérison instantanée du lumbago par l'injection intra-rachidienne de cocaïne. Il estime que cette méthode n'est pas de nature à remplacer dans la pratique courante les anciens traitements beaucoup plus faciles à employer et plus inoffensifs, consistant en moyens révulsifs, tels que : massage des régions lombo sacrées, frictions à l'essence de térébenthine, ventouses sèches et scarifiées.

M. Courtois-Suffit rapporte une observation de névralgie sciatique chez une femme de 42 ans guérie en quelques minutes par la ponction lombaire. suivie de l'injection de 5 milligr. de cocaïne.

Note sur les localisations lobaires hépatiques. — M. Glénard La palpation classique du foie, dans le cas où il est accessible aux doigts, est très heureusement complétée par le procédé du pouce. Ce procédé consiste essen-

Digitized by Google

tiellement à utiliser simultanément, pour atteindre la crête du bord du foie à l'aide du pouce gauche, la bascule de ce bord en avant à l'aide de pressions combinées exercées par les deux mains, et son abaissement par les mouvements inspiratoires du malade.

Grâce au procédé du pouce, on peut enrichir la séméiologie clinique du foie — en outre des quatre types connus: foie normal, foie tuméfié ou engorgé, foie hypertrophié, foie petit, — de quatre types nouveaux, qui sont des types de foies souples : foie sensible sans changement de forme foie ptosé, foie déformé, foie à ressaut derrière le bord costal. On peut en outre distinguer nettement dans leurs anomalies objectives, les différents lobes du foie, lorsqu'ils sont accessibles aux doigts

Le foie anatomique est divisé en quatre lobes : lobes gauche et droit, lobe carré, lobe de Spiegel. Le foie de la percussion est divisé seulement en deux lobes : droit et gauche.

Mais le foie de la palpation, tel qu'apprend à le connaître le procédé du pouce, doit être divisé en trois lobes : lobes droit, gauche et moyen. On peut encore les désigner sous le nom de lobe droit, lobe moyen, carré ou cholécystique, lobe gauche ou épigastrique.

Cette division en trois lobes est justifiée par leur séparation nettement tranchée dans certaines hypertrophies, grâce aux incisures de la vésicule biliaire et du ligament suspenseur du foie.

Mais ce n'est pas seulement la forme revêtue par le foie dans les cas d'hypertrophie qui exige la distinction clinique en trois lobes, c'est surtout l'indépendance de ces lobes, les uns à l'égard des autres, susceptibles d'être déformés isolément.

Le purpura chronique de l'angio-sclérose. — M. Gaucher a décrit dans son *Traité des maladies de la peau* une variété spéciale de purpura chronique siégeant aux membres inférieurs, qu'il attribue à la sclérose vasculaire.

Ce purpura est constitué par une teinte diffuse, brunâtre plutôt que rouge, étalée sous forme d'une plaque assez large, occupant parfois toute la circonférence du membre et entourée d'éléments punctiformes ou lenticulaires de la même couleur. Cette coloration brunâtre ou d'un rouge jaunâtre est due à une suffusion sanguine. Le sang épanché, par ses transformations, donne lieu à une sorte de pigmentation cutanée, permanente, d'une durée indéfinie.

Jusqu'à présent, ce purpura chronique n'avait été observé qu'aux membres inférieurs où sa présence s'explique bien par la stase sanguine résultant de la pesanteur, qui rend plus facile la rupture des petits vaisseaux dégénérés et friables.

Une observation, rapportée par MM Gaucher et Lacapère, nous montre que cette variété de purpura, au lieu de rester localisée aux membres inférieurs, peut se généraliser à presque toute la surface du corps.

La cause déterminante de ces suffusions sanguines est la rupture des capillaires sclérosés.

Actinomycose de la joue — M. Gaucher. — Une malade nous est adressée le 7 mars 1901, par M. le Dr Guillemain, chirurgien des hôpitaux, qui nous prie de formuler un diagnostic et d'instituer un traitement.

Cette femme présente, dans l'épaisseur même de la joue droite, une tumeur dure, étalée, dont la périphérie se confond avec les tissus environnants.

La partie centrale de la tumeur, violacée et légèrement surélevée, présente des points ramollis et jaunâtres, prêts à s'ouvrir ; quelques orifices se sont formés déjà, constituant des fistulettes qui criblent le centre de la tumeur et laissent suinter une petite quantité de pus grumeleux.

A première vue, le diagnostic de cette tumeur doit être discuté entre le cancer, la syphilis ou la tuberculose. mais un examen plus approfondi fait rejeter ces trois hypothèses.

Ce n'est pas un cancer : l'âge de la malade, l'absence d'adénopathie, de douleurs et d'hémorrhagies, l'intégrité parfaite de l'état général, la suppuration et l'existence de fistules à la surface de la tumeur permettent d'écarter avec certitude ce diagnostic.

Ce n'est pas une lésion syphilitique : en dehors de l'absence de tout antécédent suspect, les caractères propres de l'infiltration gommeuse, qui pourrait seule être confondue avec la tumeur que nous examinons, suffisent à faire rejeter cette supposition. La gomme évolue insidieusement, sans s'accompagner au début de rougeur de la peau ; elle est alors mobile sous le tégument et n'y adhère que plus tard, au moment où elle va s'ouvrir. On constate alors un ou plusieurs orifices à bords ordinairement taillés à pic.

Chez notre malade, au contraire, la tumeur est de nature franchement inflammatoire ; dès le début, c'est le derme qui est pris ; le tissu cellulaire sous-cutané n'est atteint que secondairement Enfin, le pus qui s'écoule par les fistules est tout à fait différent de la matière gommeuse ramollie.

Nous hésitons plus longtemps à écarter le diagnostic de tuberculose locale. Cependant l'infiltration tuberculeuse occasionne une réaction moins vive ; les téguments sont livides, les bords de l'ulcère tuberculeux sont décollés, fongueux ; les orifices sont moins nombreux et la fonte caséeuse transforme en une masse ramollie le centre de la tumeur au lieu de creuser de nombreuses fistules une masse néoplasique dure, comme celle que nous observons ici. La consistance ligneuse des tissus enflammés, les fistules qui criblent le centre de la tumeur comme une pomme d'arrosoir, nous font alors songer à la possibilité d'une tumeur actinomycosique de la joue. Ce diagnostic est confirmé par l'examen du pus, mal lié, chargé de grains d'un jaune soufre, dans lesquels le microscope décèle, après coloration, le mycélium caractéristique de l'actinomyces.

Digitized by Google

Traitement de l'épistaxis impaludique par le sulfate de quinine. — M. Verdalle, de Bordeaux. — Il n'est pas rare que chez les impaludiques, une épistaxis accompagne ou suive les accès; moins communément, elle constitue une forme de l'infection paludéenne, et se présente sous forme d'épistaxis survenant périodiquement à des époques fixes, en l'absence de tout accès fébrile. L'hémorrhagie est fort abondante, et résiste à tous les moyens habituels, sauf au tamponnement des fosses nasales. Parfois elle s'arrête d'elle-même, mais récidive fréquemment le lendemain.

L'interrogatoire de ces malades apprend qu'ils ont eu antérieurement des fièvres intermittentes ou qu'ils ont fait un séjour prolongé dans des pays à malaria.

Dans les cas de ce genre, la quinine, indiquée déjà de ce fait qu'elle a une action générale sur le système circulatoire, a une action vraiment héroïque.

A la dose de 2 grammes par jour, elle arrête très rapidement l'épistaxis; mais elle doit être prescrite à dose plus modérée, même après la disparition de l'accès hémorrhagique, pendant quelques jours, où à son époque présumée, pour en empêcher le retour. *(26 avril.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Trois corps étrangers du larynx. — M. Peyrot rapporte trois faits observés par M. Moure, de Bordeaux.

Dans un premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui aspira par les voies respiratoires une épingle à cheveux, pliée en deux. Sa gêne respiratoire fut légère; l'examen laryngoscopique fit voir le corps étranger engagé dans le ventricule de Morgagni : il put être saisi et extrait avec une pince laryngienne.

Dans le second cas, il s'agissait d'un crochet de corset en forme d'U, qui s'était fixé sous la corde vocale d'une fillette de 5 ans. L'extraction étant impossible par les voies naturelles, M. Moure pratiqua la thyrotomie médiane, et enleva le crochet avec une pince à disséquer. Réunion du cartilage au catgut; guérison sans altération de la voix.

Le troisième cas semble tout d'abord plus compliqué. Une femme de 45 ans s'était introduite dans les voies aériennes une épingle de 5 centimètres de long, à grosse tête de verre noir. Celle-ci avait pénétré jusqu'à l'origine des bronches, où elle détermina une hémorrhagie légère, et une toux coqueluchoïde. A la suite d'une violente quinte de toux, l'épingle vint se loger dans le larynx, d'où elle fut extraite.

En présence d'un pareil fait, qui aurait pu se terminer d'une manière tragique, M. Peyrot se demande s'il ne serait pas bon, avant de songer aux interventions graves, d'épuiser d'abord les vieux moyens. Placer en bas la tête du malade et percuter fortement le thorax dans cette position pour déloger le corps étranger et le faire tomber dans le larynx, d'où il sera possible de l'extraire.

Sur la suture nerveuse. — M. Reynier. — La suture des nerfs, qu'elle soit faite quelques heures après l'accident ou longtemps après, ne donne pas des résultats fonctionnels immédiats, mais tardifs. La régénération centrifuge est le seul mode de restauration de la fonction nerveuse, tout au moins pour ce qui regarde les nerfs moteurs et exige de 3 mois à 2 ans pour se produire.

Lorsqu'il s'agit d'un gros tronc nerveux dont les bouts sont faciles à capter, la suture, faite séance tenante après l'accident, peut être suivie d'un retour fonctionnel immédiat.

M. Quenu. — Le temps nécessaire à la récupération des fonctions motrices à la suite des plaies des nerfs suturés primitivement, est toujours le même. Le retour des fonctions motrices débute quatre mois et demi après la ligature et s'accomplit en un ou plusieurs mois.

M. Routier. — Il y a entre le moment de la section nerveuse, même suivie de suture immédiate, et la *restitutio ad integrum* des fonctions du nerf traumatisé, une période latente, qui est celle de la régénération des nerfs, et dure de longs mois.

De la cocaïnisation lombaire. — M. Chaput — L'anesthésie obtenue par la cocaïnisation lombaire est extrêmement satisfaisante, sauf chez les sujets très nerveux.

Elle paraît contre-indiquée chez les enfants et chez les adultes nerveux ou peureux, surtout les femmes

Elle est contre-indiquée encore pour les opérations qui exigent la résolution musculaire, réduction de fractures, de luxations, laparotomies difficiles et profondes.

En clientèle, il est impraticable d'utiliser la cocaïne lombaire pour les laparotomies difficiles en position inclinée, ou pour les opérations en position gynécologique; il y a une question de sentiment ou de convenance qui devra nous arrêter presque toujours.

La méthode *Bier-Tuffier* est parfaitement applicable pour les laparotomies en surface (gastro-entérostomies, appendicites, anus iliaques, hernies, kystes d'ovaire), mais elle est beaucoup moins avantageuse dans les laparotomies en profondeur : pylorectomie, hystérectomie abdominale, salpingite, à cause des vomissements, de la rigidité musculaire, des efforts et de l'émotion des malades; cependant Tuffier a pu l'utiliser même dans ce cas.

Les limites de l'anesthésie lombaire sont variables; elle permet à la rigueur d'opérer sur tout le thorax, la base du cou et même sur les membres supérieurs. La dose de 3 centigrammes est suffisante pour cela, et on aura le droit d'y recourir si l'on a des motifs sérieux. Pour les opérations sous-xiphoïdiennes, l'anesthésie lombaire, chez l'homme, peut hardiment être mise en parallèle avec l'anesthésie générale.

Chez la femme, elle a beaucoup plus d'inconvénients : angoisse intense, pouls incomptable, vomissements post-opératoires tenaces, céphalalgie prolongée et très pénible; on ne l'emploiera chez la femme qu'à bon escient, chez des personnes calmes et courageuses, ou lorsque l'anesthésie générale est contre-indiquée.

Digitized by Google

Les indications formelles de la cocaïne lombaire sont réalisées par les contre-indications de l'anesthésie générale, telles que les affections pulmonaires, cardiaques, hépatiques, ou rénales, l'âge avancé des malades, la cachexie.

Les opérations pendant la grossesse qui contre-indique l'anesthésie générale réclament nécessairement l'anesthésie lombaire

En résumé : 1° l'anesthésie lombaire est *préférable* à l'anesthésie générale pour les vieillards, les cachectiques, les pulmonaires, les maladies viscérales, les opérations sur le poumon.

2° En raison de l'absence de shock et de réactions sur le poumon et sur les reins, elle est superieure à l'anesthésie générale pour la plupart des opérations sous xiphoïdiennes, chez les hommee et chez les femmes calmes et courageuses.

3° Elle est contre-indiquée chez les enfants, les nerveux, les laparatomies difficiles.

4° Elle paraît moins satisfaisante que l'anesthésie générale chez bon nombre de femmes jeunes et nerveuses.

5° Pour les opérations sus-xiphoïdiennes à moins de raisons spéciales, elle paraît moins avantageuse que l'anesthésie générale (nécessite des doses élevées, anesthésie tardive, durant peu, infidèle). *(24 avril.)*

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La Mouillère (Besançon) et les chlorurées sodiques françaises

On ne saurait exagérer, en thérapeutique hydro-minérale, l'importance des *chlorurées sodiques fortes iodo-bromurées* : in sale salus, et encore : in sale et in soole (l'eau chlorurée) omnia constant ! telles sont les devises qu'arborent pompeusement, au seuil de leurs stations salines, nos voisins d'au-delà des Vosges.

Sans aller tout-à-fait aussi loin qu'eux, reconnaissons, avec le professeur Robin, que « la balnéation chlorurée « sodique produit des effets vraiment merveilleux. Elle « s'adresse avec le même succès aux anémies, à la chlorose, « au rachitisme, au lymphatisme et à la scrofule, aux rhu- « matismes chroniques, aux affections chroniques des os, « des articulations, etc... Cette médication joue donc en « hydrologie un rôle de premier ordre, et, lorsqu'elle « n'est pas décisive, elle a tout au moins le mérite de pré- « parer des guérisons qui n'auraient pas été obtenues sans elle. »

Le professeur Landouzy, de son côté, définit ainsi leur action thérapeutique : « ...Effets reconstituants, toniques, « par relèvement du taux de la nutrition et retour de son « équilibre rompu par les maladies. Actions exercées sur « tous les systèmes et les appareils de l'organisme par le « contact de ces eaux avec les papilles nerveuses et vascu- « laires de la peau, et, par elles, sur les grands appareils « nerveux, circulatoires, sur les systèmes lymphatiques, « glandulaires, sur les muscles, les os, sur les viscères « d'élimination... De ces effets multiples résulte, on le « comprend, un état de vie nouvelle pour l'organisme. »

Or, l'Allemagne, malgré ses prétentions, malgré ses cent et quelques sources salines, n'a point le monopole de la médication saline : selon le mot du Dr Lavergne, repris par le professeur Lamarque (de Bordeaux), ce n'est pas lorsqu'il s'agit de thérapeutique hydro-minérale que l'on peut espérer remplacer la qualité par la quantité, et, de toutes leurs sources, les Allemands n'en ont « pas une seule « qui puisse entrer, je ne dis pas en rivalité, mais en comparaison avec Salies, Briscous, *La Mouillère* ».

Les eaux salines naturelles de La Mouillère ne renferment pas moins de 291 grammes de chlorures (dont 283 de chlorure de sodium) par litre, avec des traces très sensibles d'iode et 0 gr. 108 de bromure de potassium, unissant ainsi, par la plus heureuse des combinaisons, la puissante *chloruration* de Salies à la *bromuration* si précieuse de Salins.

La Mouillère est le Salies de l'Est, le Salies-de-Comté. Fondée depuis tantôt 10 ans, aux portes de l'ancienne grande et belle ville de Besançon, en plein Jura français, dans l'un des sites les plus ravissants de cette vallée du Doubs si justement dénommée « la préface de la Suisse », *La Mouillère*, avec son établissement thermal, dernier mot de la science hydrologique en tant qu'installation de ses services de balnéothérapie et d'hydrothérapie saline et à l'eau douce, de masso-thérapie, d'électrothérapie, de gymnastique médicale, de radioscopie et de radiologie, constitue un véritable centre sanitaire où les baigneurs, à une altitude moyenne de 250 à 400 mètres trouvent à la fois les bénéfices de la cure thermale et de la cure d'air de montagne, les avantages de la villégiature et de la vie sédative, avec, à leur choix, ceux de la vie mondaine telle qu'elle se rencontre dans nos grandes stations à la mode (casino, cercle, théâtre, salle des fêtes, bals et bals d'enfants, fêtes sportives et artistiques, etc.)

La Mouillère est à 6 heures et demie de Paris, à 5 heures de Lyon, à 2 heures de l'Alsace et de la Suisse. — Dr Dubian.

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard a repris (amphithéâtre Laennec de l'hôpital Necker) le *vendredi 10 mai à dix heures précises*, ses consultations de clinique et de thérapeutique, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Présentation de malades ; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Massage abdominal. — Ses indications dans les dyspepsies gastro-intestinales (1)

Par F. Cautru, *ancien interne des hôpitaux.*

Je tiens d'abord, mon cher maître, à vous remercier de l'honneur que vous me faites en me donnant la parole.

Merci également, à vous Messieurs, qui êtes venus si nombreux m'écouter. Vous avez été gâtés jusqu'ici et on vous a probablement rendus difficiles. Soyez indulgents aujourd'hui pour un novice de la tribune et ne voyez que mon désir de vous intéresser à la méthode qui m'est chère et que, naturellement, je crois la meilleure pour mener à bien la cure d'un grand nombre de maladies de la nutrition.

Je ne suis certes pas le premier à préconiser l'emploi du massage abdominal puisque, sans vouloir faire l'histoire de la question je vous dirai que les Chinois l'employaient couramment plus de 1000 ans avant Jésus-Christ, mais je me suis attaché plus spécialement à comprendre son action physiologique et à en préciser les indications.

Le massage abdominal est avant tout un grand régulateur de l'économie par son action sur la circulation générale : voilà un axiome que les travaux de Stapfer et les miens ont, je crois, démontré suffisamment.

Par des manœuvres diverses en effet, le médecin peut à sa guise augmenter ou diminuer la pression intra-vasculaire, exciter ou calmer l'action des fibres lisses qui président aux fonctions de la vie végétative

On voit quelles nombreuses applications il est possible de faire de cet agent thérapeutique qui vaut tous les médicaments et a pour avantage de ne pas fatiguer l'estomac.

Si je voulais traiter au complet la question, il me faudrait vous parler du massage abdominal dans les maladies nerveuses, la neurasthénie surtout, où il amène la régularisation fort rapide de la tension artérielle déséquilibrée, comme vous l'a dit M. de Fleury, dans les maladies du œur et des vaisseaux (cardiopathie veineuse, artério-sclérose, angine de poitrine, etc), dans les affections des organes de la digestion, etc.)

Limité par le temps, je ne vous parlerai aujourd'hui que de cette dernière classe de maladies, et après vous avoir indiqué dans une première partie de cette leçon quel est le manuel opératoire du massage et son action physiologique, nous verrons dans une seconde, quelles sont ses indications dans les dyspepsies.

(1) Conférence faite à l'hôpital Necker (10 mai 1901), dans l'amphithéâtre Laënnec. (Consultations et conférences cliniques du Dr Huchard.)

I. Manuel opératoire et physiologie du massage abdominal.

Le malade sera placé sur un lit dur, abordable des deux côtés; il aura le siège un peu élevé, les cuisses en demi-flexion sur le bassin et dans une légère abduction, il respirera librement; en un mot, il devra mettre et maintenir sa paroi abdominale en état de relâchement complet.

Le médecin se place en général à droite du malade, debout ou assis, mais en tous cas de façon à être légèrement penché en avant pendant le massage, afin de pouvoir donner, sans trop de fatigue, la force nécessaire. Il se servira de poudre de talc qui facilite le glissement des mains, en faisant disparaître la moiteur de la peau.

Il est toujours bon de recommander au malade d'uriner avant la séance de massage.

Le massage abdominal comprend :

1° Le massage total du ventre;
2° Le massage de l'intestin;
3° Le massage de l'estomac.

1° Massage du ventre. — Même dans les affections très nettement limitées à l'estomac ou au gros intestin, il est bon de commencer par un massage du ventre et ceci pour plusieurs raisons :

D'abord, il faut agir sur la circulation abdominale et sur les plexus nerveux, si l'on veut modifier l'état anatomique de tel ou tel organe; ensuite, l'estomac, si c'est lui que l'on masse étant en grande partie caché sous les côtes, ne pourra être atteint complètement que par l'intermédiaire de la masse intestinale; de plus, les affections de l'estomac s'accompagnent presque toujours d'un trouble du côté de l'intestin grêle (défaut d'absorption et d'assimilation), du gros intestin (constipation ou diarrhée), enfin, le massage du ventre aura souvent pour grande utilité de tonifier les muscles dans certains cas très affaiblis, de la paroi, devenue impropre à son rôle de sangle abdominale.

Le massage du ventre agit en outre sur le foie et le pancréas, dont il active le fonctionnement.

Il peut être *superficiel* ou *profond.*

1° Massage abdominal superficiel. — On doit pratiquer un massage *calmant* ou excitant, selon l'effet que l'on désire obtenir.

a) *Massage superficiel calmant.*

Il comprend *l'effleurage* et les *vibrations superficielles* :

L'*effleurage* est une sorte de frôlement pratiqué avec la face palmaire des deux mains qui agissent simultanément, de telle façon qu'une main recommence son mouvement avant que l'autre ne l'ait terminé. Cette manœuvre s'emploie dans les cas où il y a sensibilité de l'abdomen, douleur et crises gastri-

Digitized by Google

ques et doit toujours précéder un massage profond.

Voici, par exemple en cas de douleur vive au creux épigastrique, douleur, comme on le sait, si fréquente chez les dyspeptiques ce que je conseille de faire : le médecin placé à la droite du malade pose à plat sa main droite sur le creux de l'estomac, les doigts dirigés vers le sein gauche et servant en quelque sorte de pivot autour duquel tourne la paume de la main. Celle-ci se dirige alors de la fourchette du sternum en bas et à gauche en suivant le bord inférieur des fausses côtes. Pendant que la main droite descend vers la gauche, la main gauche fait un mouvement semblable mais avec la pulpe des doigts et en descendant vers la droite.

Cette manœuvre doit être faite très rapidement de façon que la région douloureuse soit toujours en contact avec la paume de la main ou la pulpe des doigts. L'anesthésie se produit assez vite et j'ai vu maintes fois, par ce procédé, cesser des crises gastriques d'une extrême violence au bout de 10 à 15 minutes Ce massage *sédatif* ou *calmant* est en quelque sorte instinctif et il s'est pratiqué de tous temps. Que de fois le médecin arrivant auprès d'un malade atteint de gastralgie, nerveuse ou symptomatique, le trouve, se frictionnant avec les mains, la région douloureuse. La pratique médicale qui consiste à frictionner doucement l'abdomen des jeunes enfants atteints de coliques avec des huiles plus ou moins médicamenteuses, agit autant par ce massage léger que par l'absorption douteuse du médicament.

A côté de l'effleurage, je fais jouer un rôle très important et dans certains cas prépondérant, aux *vibrations superficielles*. Rien n'est sédatif comme ce massage qui se pratique en imprimant à la main, posée à plat sur la région douloureuse, une sorte de tremblement produit par la tétanisation volontaire des muscles du bras. Comme ce massage est très fatiguant pour le médecin, on ne le fait que d'une façon intermittente et en alternant avec la pratique de l'effleurage. Il semble se produire après quelques instants une sorte de détente nerveuse générale qui amène selon les cas, la sédation locale de la névralgie, la disparition de vomissements tenaces, d'un hoquet incoercible ou de certaines contractures douloureuses de fibres musculaires lisses telles, par exemple, que la contracture du pylore ou le spasme du gros intestin.

b). *Massage superficiel excitant :*

Ce massage consiste en une série de percussions digitales, de hachures, de tapotements légers, ayant pour but, produites sur les différentes régions de l'abdomen, de réveiller l'action glandulo-musculaire endormie des organes du ventre.

Voici comment j'ai procédé pour démontrer l'action de ce mode de massage sur les glandes de l'estomac :

Après avoir fait aux malades un tubage en série, c'est-à-dire après leur avoir extrait et analysé une certaine quantite de suc gastrique, plusieurs fois en une heure et demie après l'ingestion du repas d'épreuve ordinaire (pain et thé), j'ai fait, pendant la présence de ce repas dans l'estomac un massage excitant, interrompu seulement par les diverses extractions du suc gastrique. Or, j'ai toujours constaté une extraction plus facile du liquide, arrivant à flots par la sonde, et une accélération de la digestion, tous les chiffres se rapprochant des chiffres normaux de l'analyse.

J'ai, en outre, maintes fois répété cette expérience de laboratoire qui montre que la moindre excitation produite sur la paroi abdominale d'un chien à fistule gastrique fait sortir abondamment le liquide secrété.

On doit admettre que les sucs intestinaux, biliaire et pancréatique, participent à cette suractivité de sécrétion, le massage excitant ne pouvant agir sur une région de l'abdomen sans agir sur l'autre, puisque toutes sont solidarisées par la circulation et l'innervation.

2° Massage abdominal profond. — Ce massage comprend : les *foulements ou pressions*, le *pétrissage*, les *hachures fortes*, les *vibrations profondes*.

Foulements ou pressions. — Ces mouvements se font en appuyant les mains à plat sur l'abdomen, dont on déprime la paroi profondément, mais doucement, pour ne provoquer ni surprise ni douleur; on laisse alors la paroi revenir sur elle même et l'on recommence ainsi plusieurs fois. On peut n'employer qu'une seule main on les deux mains placées l'une près de l'autre et agissant alternativement. Celles-ci changent de place et opèrent successivement au niveau de l'estomac et des différentes parties de l'intestin.

A ce simple *foulement* peut s'adjoindre, soit un mouvement de rotation de la main, dont la face palmaire ne faisant qu'un avec la peau de l'abdomen, déprime la masse intestinale dans le sens des aiguilles d'une montre, c'est-à-dire de la droite à la gauche du malade, soit un mouvement de propulsion alternative de cette masse, de droite à gauche et de gauche à droite.

Ce mouvement a une double action, locale et générale : il remplace le brassage des aliments insuffisamment fait par le muscle stomacal chez les dyspeptiques ; il supplée aux contractions péristaltiques de l'intestin, et, agissant sur la circulation abdominale, amène un retentissement très net sur la circulation générale.

J'ai fait dans le laboratoire du professeur François

Digitized by Google

Franck, à la Sorbonne, avec mon collègue et ami le docteur Hallion, une série d'expériences sur l'homme et les animaux, enregistrant la tension artérielle, les modifications du pouls et de la respiration, avant, pendant et après les séances de massage abdominal, profond, par foulements.

Nous avons remarqué qu'il se fait, à ces différentes phases, un changement très appréciable. Pendant ce massage, le pouls devient plus petit, plus lent, la respiration est moins ample ; cet état dure, après le massage, de quelques minutes, à trente au plus; alors la respiration devient plus ample ; le pouls, chez un sujet normal, redevient ce qu'il était avant le massage, se rapprochant, chez un sujet pathologique, du pouls normal pour un certain temps, variable selon les malades.

J'ai continué depuis, à l'aide du sphygmomanomètre de Bloch, l'étude de la pression du pouls dans ses rapports avec le massage. On sait que, d'après la table de M. Chéron, la pression normale du pouls oscille entre 16, 17 et 18 centimètres cubes de mercure, correspondant à un poids de 750, 800 et 850 grammes de mercure. Or, j'ai toujours remarqué qu'après un massage abdominal de 10 à 15 minutes, la pression artérielle chez un individu normal ou pathologique, baisse de 2 à 3 centimètres cubes ; en même temps, le pouls est moins rapide ; il diminue de 8 à 10 pulsations ; ce n'est qu'après un temps qui varie selon les sujets, ordinairement après 15 minutes, que tout rentre dans l'ordre.

On voit par là quels avantages il est possible de tirer de ces manipulations, pour la régularisation de la pression sanguine dans les vaisseaux et quel bon remède elles deviennent dans le traitement de l'hypertension artérielle.

La diurèse abondante qui se produit ramène bien vite à la normale l'équilibre rompu, ainsi que nous l'avons démontré, M. Huchard et moi dans une communication à l'Académie de médecine en mai 1898.

A côté des foulements je placerai le *pétrissage* qui n'en est qu'une variété d'ailleurs et dont l'action physiologique est la même.

Comme son nom l'indique, il s'agit dans ce mouvement, de malaxations, soit à l'aide des poings fermés et promenés alternativement sur les différentes parties du ventre, soit à l'aide des mains successivement ouvertes et fermées et qui saisissent et relâchent perpétuellement les régions avec lesquelles elles se trouvent en contact Il faut faire ces différents mouvements avec une grande souplesse de toutes les articulations des doigts et du poignet afin d'éviter la brusquerie qui rendrait ce traitement désagréable au malade.

Les *hachures* se font avec le bord cubital des mains qui mues par les articulation très souples des poignets et placées parallèlement frappent l'une après l'autre d'un coup plus ou moins fort la paroi abdominale. Pour rendre les hachures moins désagréables, il est bon de tenir les doigts écartés, et de les laisser retomber sur le petit doigt, au moment du choc, qui se trouve ainsi très amorti. C'est que les hachures sont très douloureuses chez les sujets atteints soit de dyspepsie avec gastralgie, soit d'entérite ou de névralgie simple de la paroi abdominale. Elles sont tout à fait malsupportées par les sujets nerveux. Aussi ne les emploie-t-on jamais d'emblée sans avoir fait un diagnostic abdominal complet, et, lorsqu'on les croit indiquées, sans les avoir fait précéder d'un massage calmant superficiel, ou profond et doux.

Leur action locale, cela est facile à comprendre, se manifeste surtout sur les muscles de la paroi abdominale, mais aussi, directement et par action réflexe, sur les mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques de l'intestin, mouvements très nettement visibles chez les sujets maigres.

Leur action physiologique générale est diamétralement opposée à celle du massage profond par frottements, pression et pétrissage. Il accélère le pouls et augmente momentanément la pression artérielle.

Les *vibrations* profondes diffèrent des vibrations superficielles en ce qu'elles s'accompagnent d'un mouvement de foulement, d'une pression plus ou moins forte de la région abdominale en contact avec la main. Cette manœuvre n'est autre qu'un tremblement plus ou moins rapide communiqué par le bras et l'épaule à la paume de la main ou à l'extrémité des doigts servant de conducteurs. Une excellente manœuvre consiste, lorsqu'on veut faire participer aux bénéfices du massage le diaphragme et les organes placés sous sa voûte, à faire faire au malade de fortes inspirations et des expirations prolongées, les mains du médecin étant posées à plat sur le creux épigastrique. Elles suivent les mouvements d'expansion et de dépression de la paroi, et font pendant ce temps-là des vibrations aussi rapides que possible.

On a préconisé pour ce genre de massage d'ingénieux instruments appelés *vibrateurs*. Ils sont commodes, utiles même dans certains cas, mais, à mon avis et au dire des malades, ne peuvent remplacer les vibrations manuelles.

L'action physiologique des vibrations profondes est une action sédative. Elle tend à abaisser la pression artérielle et à diminuer le nombre des pulsations.

La durée d'un massage abdominal total ne doit pas excéder 5 à 6 minutes chez les sujets faibles, 15 à 20 chez un sujet encore solide.

II. Massage de l'intestin. — Le massage de l'intestin grêle ne présente rien de spécial à signaler. Ce

Digitized by Google

n'est autre chose que ce que je viens de décrire en parlant du massage abdominal. Quant au massage du gros intestin, qu'il s'agisse de constipation ou de diarrhée, voici quelles sont les manœuvres que je préconise.

Me plaçant à droite du malade, je commence par le massage de l'S iliaque que je fais de haut en bas à l'aide de ma main droite pendant que ma main gauche, fortement appuyée sur le côté droit de l'abdomen, immobilise en la refoulant vers la gauche du malade, la région intestinale que je masse. Ce massage se compose de pressions, de foulements, de secousses imprimées à l'intestin par l'extrémité des doigts qui descendent du coude gauche du colon, sur le trajet de l'S iliaque, et a pour but de déplacer les gaz et les matières contenues dans cette partie de l'intestin, en les dirigeant vers le rectum.

Puis je passe au massage du cœcum et du colon transverse. Chez la plupart des dyspeptiques, en dehors même des malades atteints de diarrhée chronique ou de constipation avec ou sans entérite muco-membraneuse, le cœcum est douloureux à la pression. Aussi doit-on commencer doucement le massage de cette région délicate par une sorte de palper à l'aide de l'extrémité des doigts et du bord cubital de la main ; on sent alors des matières dures, cause de la douleur, et, plus particulièrement chez les diarrhéiques, un bruit de gargouillement dû à la présence de gaz et de liquide dans une poche atone. Il faut joindre à ce palper quelques vibrations dont l'effet anesthésique ne tarde pas à se produire. Puis on passe à des manœuvres plus profondes et énergiques, soit avec l'extrémité des doigts réunis en cône et animés d'un double mouvement de foulement et de rotation, soit avec les poings fermés que l'on enfonce doucement l'un après l'autre, en suivant pas pas tout le trajet du gros intestin, du cul-de-sac cœcal à l'S iliaque.

Le docteur Berne conseille de masser le fond de la vésicule biliaire à l'aide de pressions douces qui auront pour but l'excrétion de la bile dans l'intestin.

Les angles droit et gauche du colon échappent à nos manœuvres. Pour essayer de les atteindre, je place les mains comme si je voulais rechercher un rein flottant et j'imprime aux deux mains ainsi placées, l'une en avant, au niveau du flanc, l'autre en arrière, un mouvement de rotation et de vibration qui pénètre jusqu'à la région cachée sous les côtes, près du foie à droite, de la rate à gauche.

On peut aussi faire sur tout le trajet du gros intestin, des hachures, des tapotages plus ou moins profonds qui ont plus spécialement pour but d'exciter la contractilité musculaire de la paroi et de l'intestin, les manœuvres précédemment décrites, foulement, pétrissage, etc., s'adressent surtout à la circulation profonde des vaisseaux de l'abdomen et à la marche des matières et des gaz vers le rectum ; les vibrations s'adressant à l'élément nerveux et musculaire également.

III. Massage de l'estomac. — Lorque dans le massage abdominal on visera plus spécialement l'estomac, il suffira de se rendre compte de l'effet que l'on veut obtenir. On se rappellera que le massage *superficiel calmant*, décrit ci dessus, agit dans les gastralgies d'origine nerveuse, les contractures du pylore, les crises gastriques symptomatiques, les sensations de brûlure, de pesanteur, de gonflements pénibles accompagnant les digestions, qu'on peut faire ce massage dans tous les types chimiques, avant ou après les repas et qu'il n'a aucune contre-indication. Il se compose, je vous le répète ici, d'un effleurage léger, de vibrations superficielles du creux épigastrique, de frictions douces de toute la région de l'estomac, même sur les côtes et les fausses-côtes au niveau de l'espace de Traube.

Cette friction de la peau amène assez rapidement une sensation de détente nerveuse, de chaleur agréable, et la douleur ne tarde pas à disparaître.

Le massage superficiel *excitant* fait au niveau de la région gastrique sous forme de tapotements légers, de hachures, etc., pourrait être appelé, passez-moi l'expression, « apéritif » ou « digestif » selon qu'on le pratique avant ou après les repas.

On l'emploie dans les cas d'atonie gastro-intestinale, dans l'hypopepsie et surtout chaque fois qu'il y a ralentissement de l'évolution digestive. Il est contre-indiqué dans l'ulcère en évolution, le cancer, dans les dyspepsies douloureuses, et chaque fois que l'évacuation est trop rapide ou la sécrétion glandulaire exagérée (maladie de Reichmann).

Le massage *profond* de l'estomac comprend les manipulations que j'ai décrites, faites plus spécialement au niveau de la grande courbure et du creux épigastrique ; mais, je le répète encore, c'est par le massage du ventre que l'on agit surtout, quelle que soit la dyspepsie. Celui-ci amène des changements continuels de pression sanguine abdominale et générale ainsi qu'en témoignent les recherches de Stapfer et les miennes. Il active la circulation qui finit par se régulariser. Les stases veineuses sont supprimées et la bonne nutrition des parois gastro-intestinales assure un fonctionnement glandulaire régulier. Chez des pléthoriques dont les digestions pénibles (pesanteurs, gaz, brûlures, rougeur de la face, etc.) n'étaient dues en somme qu'à un trouble dans l'osmose au niveau des capillaires de la muqueuse gastro-intestinale, j'ai souvent remarqué que tout rentrait dans

Digitized by Google

l'ordre après 4 ou 5 massages et dès que la poussée diurétique s'était produite.

Toutefois, dans les grandes dilatations de l'estomac, en dehors naturellement des cas de sténoses pyloriques permanentes plus ou moins complètes et qui sont du ressort de la chirurgie, il y a intérêt à pratiquer quelques manœuvres un peu spéciales ayant pour but de *tonifier* la tunique musculaire de l'estomac et d'aider l'*évacuation* gastrique.

Le massage *tonique* se fait à l'aide des frictions, des foulements, des pressions avec tremblements, des malaxations, des hachures, des vibrations profondes, etc. Un excellent mode de malaxation est le suivant : on se place à la gauche du malade que l'on prie de se pencher légèrement sur le côté droit afin de permettre à la grande courbure de se dégager un peu de l'espace de Traube pour se rapprocher de la ligne médiane. Plaçant alors les deux mains à plat et parallèlement au niveau de l'hypochondre gauche du malade, le médecin, la pulpe des doigts en avant et les pouces en arrière, cherche en quelque sorte à saisir à pleines mains l'organe dilaté.

Le massage *évacuateur* se fait à l'aide de pressions profondes avec mouvements de tremble, exécutés de gauche à droite. Rubens Hirsberg conseille d'écarter les doigts d'une des deux mains, de placer les doigts de l'autre main dans les espaces interdigitaux et de former ainsi une sorte de peigne que l'on promène profondément de la grande courbure vers le pylore.

J'emploie le plus souvent avec succès les vibrations profondes, ma main droite étant placée aussi haut et aussi profondément que possible sous les fausses côtes droites, de façon à exciter la contraction des fibres musculaires lisses de l'estomac.

L'action tonique du massage profond est démontrée par la diminution progressive de la dilatation qui disparaît à la longue, les analyses successives du suc gastrique indiquant en même temps une amélioration parallèle dans le travail glandulaire.

J'ai fait de ce sujet l'objet de ma thèse et de diverses communications. Je ne vais donc pas y insister ici.

Quant à l'action évacuatrice du massage profond, je l'ai démontrée en me servant d'un procédé fort ingénieux imaginé par le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris et communiqué par lui au Congrès de médecine interne de Lyon 1894.

M. Mathieu fait incorporer, au repas d'épreuve, vingt grammes d'huile en émulsion parfaitement stable. Après l'extraction du repas d'épreuve, il retire par l'éther l'huile que renferme un échantillon du liquide gastrique et la pèse ; connaissant, grâce au procédé de MM. Mathieu et Rémond de Metz, le volume total du liquide que contenait l'estomac au moment de l'extraction, il est facile de déterminer la proportion d'huile disparue et par conséquent la proportion du liquide primitif qui a quitté l'estomac.

Massant l'abdomen pendant la présence du repas d'épreuve dans l'estomac, j'ai obtenu des résultats constants : toujours il y a eu évacuation plus grande d'une certaine quantité d'huile et par conséquent de suc gastrique dans l'intestin. Tandis, par exemple que, sans massage, j'ai constaté dans une de mes expériences, qu'il restait au bout d'une heure 543 cent. cub. de liquide avec 8 gr. 882 d'huile, avec massage de l'abdomen pendant la présence du repas d'épreuve dans l'estomac, il ne restait plus, au bout d'une heure, que 320 cent. cub. de liquide et 6 gr. 470 d'huile, et même une autre fois où je fis le massage plus longtemps, 285 cent. cub. de liquide et 5 gr. 683 d'huile.

Cette action du massage sur le muscle stomacal avait d'ailleurs été démontrée par de nombreuses expériences, entre autres, celles de Chpoliansky répétées par Rubens Hirschberg, à savoir que :

Deux œufs séjournent dans l'estomac	4 h. 15
Après un massage de 10 minutes...	2 h. 47
300 gr. de viande rôtie séjournent..	5 h. 35
Après un massage de 10 minutes...	3 h. 30

Ce même auteur a démontré que, s'il fallait deux heures et demie pour constater l'élimination du salol sous forme d'acide salicylique dans les urines, il ne fallait plus qu'une heure et demie environ pour constater les mêmes résultats après un massage de 15 minutes.

« Il y a longtemps, dit M. Hayem (1) que les gros « mangeurs de l'antiquité qui éprouvaient du gonfle- « ment après leurs repas avaient imaginé de se frap- « per l'estomac à coups de poing pour en provo- « quer l'évacuation. »

Je viens d'étudier le manuel opératoire et, d'une façon générale, l'action physiologique du massage abdominal ; voyons maintenant quelles en sont les indications et les contre-indications. Je ne parlerai aujourd'hui que des dyspepsies gastro-intestinales car c'est la partie la plus importante du sujet, mais on se rend aisément compte des nombreuses applications de ce puissant agent, tant pour les maladies générales dépendant du mauvais fonctionnement du cœur et des vaisseaux, que pour certaines affections locales, reconnaissant pour cause une congestion plus ou moins intense d'un des organes du ventre.

Limitons donc notre sujet et passons au second chapitre de cette causerie.

IV. Indications du massage abdominal.

1° Dans les dyspepsies *gastriques*.
2° — — *intestinales*.

(1) Leçons de thérapeutique, t. IV.

Digitized by Google

1° *Dyspepsies gastriques.* — Il est bon d'établir avant de masser un dyspeptique, le diagnostic chimique de son affection, diagnostic souvent impossible à faire sans le secours de l'analyse. En effet, il existe d'abord des cas où on soupçonne l'estomac d'être cause d'une foule de phénomènes réflexes, tels que : palpitations, fausse angine de poitrine, intermittences cardiaques, céphalées, vertiges, insomnies, crises nerveuses, neurasthénie aiguë, etc., ou encore d'être la cause de troubles organiques de voisinage : diarrhée, constipation, entérite mucomembraneuse, hypertrophie du foie, etc., symptômes pouvant s'observer en dehors de toute manifestation gastrique apparente, et aussi bien chez les hyper que chez les hypochlorhydriques. Ce sont des dyspepsies latentes d'Hayem, ou mieux des dyspepsies méconnues.

Lorsqu'au contraire, on se trouve en présence de symptômes gastriques fonctionnels des plus nets : troubles de l'appétit, gonflements, renvois, aigreurs, douleurs au creux épigastrique, diarrhée, etc., le diagnostic est également impossible à faire entre l'hyper et l'hypochlorhydrie car, ainsi que je le disais tout à l'heure, ces signes sont communs à tous les types cliniques.

Dans certains cas où un type clinique paraît être des plus nets, on peut même avoir des surprises. Combien de fois n'ai-je pas trouvé une apepsie absolue chez des malades où tous les symptômes auraient fait croire à l'hyperchlorydrie la plus intense (brûlures deux heures après les repas, fringales, etc.), et vice-versa.

Enfin, le type chimique change à mesure qu'évolue la gastrite. Tel malade qui était atteint d'hyperchlorhydrie peut passer par toutes les phases de l'hypochlorhydrie pour aboutir à l'apepsie, en conservant souvent le même cortège de symptômes.

Ces quelques considérations feraient, en les développant, l'objet à elles seules d'une longue conférence, aussi je ne veux pas y insister plus longtemps ; je tenais à attirer l'attention sur cette nécessité de faire l'analyse, lorsqu'on veut avoir un diagnostic ferme.

En face d'un type chimique bien établi, quelle est la conduite à tenir au point de vue du massage abdominal ?

La formule est bien simple. Chaque fois que le rapport entre le chiffre de l'acide chlorhydrique libre et celui du chlore combiné organique est de 4 et au dessus, il faut masser. On se rappelle que dans la méthode d'analyse de Winter, la seule à laquelle j'aie recours, le chiffre de l'acide chlorhydrique libre est de 44 (44 milligrammes d'Hcl pour 100 cent.³ de liquide) et celui du chlore combiné organique de 170. Eh bien, chaque fois que le rapport de ces deux valeurs n'est plus celui de 1 à 4, le massage donne d'excellents résultats si le rapport est supérieur, Il est à surveiller, quelquefois à éviter, si ce rapport leur est inférieur parce qu'alors il s'agit d'hyperchlorhydrie relative ou absolue. et que seul, le massage doux et calmant en cas de douleur, le massage évacuateur en cas de grande dilatation sont à employer. Quand le rapport H : C, est très supérieur à la normale et que la valeur C dépasse 170, on se trouve en présence d'une variété de dyspepsie, la forme chloro-organique d'Hayem, qui répond à sa gastrite parenchymateuse.

Cette forme, niée par beaucoup d'auteurs, me semble cependant avoir une importance capitale. Elle est liée, au moins dans ses premières phases, à une congestion plus ou moins intense de la muqueuse gastrique, ce qui explique les bons effets que le massage produit très rapidement chez elle, par son action régulatrice de la circulation abdominale.

Donc, dans l'*hypochlorhydrie*, avec ou sans hyperpepsie chloro organique, le massage est indiqué. Pour les manœuvres à employer, il faudra s'inspirer des différents cas et choisir entre le massage superficiel et le massage profond les mouvements les plus aptes à remplir l'indication basée sur les symptômes fonctionnels.

Dans la forme grave de l'hypopepsie, *dans l'apepsie,* le chimisme stomacal est caractérisé par une absence, la plupart du temps complète, de l'acide chlorhydrique libre, une notable diminution de l'acidité totale (le chiffre normal est de 190, chez l'apeptique il tombe au-dessous de 100) et tous les autres chiffres suivent la même tendance à la disparition.

Souvent le travail stomacal est nul et les aliments passent rapidement dans l'intestin, si bien qu'au bout d'une heure après le repas d'épreuve, il est déjà impossible de retirer du suc gastrique. Au point de vue du massage, il faut être prudent en face d'un cas d'apepsie et considérer quelle peut enêtre la cause. Je crois qu'on pourrait admettre 3 cas principaux.

L'*apepsie nerveuse* se voit chez les neurasthéniques épuisés et les hystériques dont le chimisme est dévié et revient quelquefois rapidement à son type primitif qui est souvent l'hyperchlorhydrie. Le massage employé seul serait plus nuisible qu'utile, par la fatigue qu'il cause à cette catégorie de malades. Si on juge bon de l'employer, il faut absolument le combiner au repos absolu et dans certains cas à l'isolement. Naturellement, chez les hystériques, il faudra surveiller le chimisme de temps en temps afin de cesser le massage au cas où l'hyperchlorydrie aurait reparu.

L'*apepsie tabagique* bénéficie du massage qui ramène la sécrétion glandulaire stomacale endormie et trouve encore son indication dans l'hypertension dont les malades sont la plupart du temps atteints. Elle s'accompagne souvent de fausse angine de poi-

Digitized by Google

trine, symptôme contre lequel le massage abdominal agit merveilleusement. J'en ai rapporté un grand nombre d'exemples dans un travail antérieur.

L'*apepsie par atrophie glandulaire* peut accompagner un cancer. Alors dans le chimisme la valeur « $\left(\frac{A - H}{C}\right)$ est très supérieure à la normale, on trouve souvent la réaction lactique et parfois les symptômes généraux aident à faire le diagnostic ou au moins à le soupçonner. Alors le massage est contre-indiqué.

Quand l'atrophie est l'aboutissant d'une gastrite (alcoolisme, tuberculose, dernière phase de la gastrite parenchymateuse, gastrite simple chez les héréditaires, gastrite médicamenteuse, etc.), le massage peut rendre de grands services, mais là aussi il faut le combiner au repos du malade et surtout au régime sévère. Sachez aussi qu'il n'agira qu'à la longue et que le chimisme, s'il s'améliore, ne revient jamais à l'état normal. L'action du massage se porte alors surtout sur l'élément musculaire et nerveux, sur l'intestin dont les fonctions troublées (diarrhée le plus souvent) se rétablissent, et le malade obtient du traitement une survie plus ou moins longue.

Quand on se trouve en face d'une analyse qui révèle une *hyperchlorhydrie* bien nette, doit-on masser l'abdomen ?

S'il y a douleur on peut toujours faire du massage calmant superficiel.

Quant au massage profond, il est absolument contr'indiqué dans l'hyperchlorhydrie des nerveux qui sont la plupart du temps des excités cérébraux des sujets maigres qui dépensent au-dessus de leurs forces et ne son justiciables que d'un traitement général ; le mal est aux centres nerveux, il n'est pas à l'estomac.

Au contraire, si l'hyperchlorhydrie se rencontre chez des sujets congestifs, dont la circulation abdominale se fait mal, des pléthoriques hypertendus dont la muqueuse stomacale est en somme en hyperactivité par congestion anormale, le massage profond donne les meilleurs résultats et fait rapidement baisser le chiffre de l'acide chlorhydrique libre en même temps que se produit une diurèse abondante.

Nous venons de voir l'utilité du chimisme stomacal pour faire un diagnostic thérapeutique et un pronostic de la gastrite.

Quand l'analyse est impossible quelle est la conduite à tenir ?

Il faudra d'abord essayer de faire un diagnostic en se basant sur les signes classiques des différents types cliniques.

L'*hypochlorhydrie* est caractérisée par un appétit capricieux, le plus souvent diminué, avec dégoût des aliments. Quand il est conservé, l'ingestion de quelques bouchées le fait disparaître. L'envie de vomir, au réveil surtout, est plus spécial à la forme chloro-organique, ainsi que les crises gastriques et l'entérite muco-membraneuse. Les digestions s'accompagnent de pesanteur au creux épigastrique, de gonflements, de renvois, quelquefois d'éructations si abondantes et si répétées qu'elles peuvent aller jusqu'à l'aérophagie, affection sur laquelle MM. Mathieu et Soupault ont insisté dans ces derniers temps, d'engourdissements, pesanteur de tête, somnolence, fatigue générale et courbature.

Lorsque ces malades, de flatulents sont devenus de grands dilatés, les fermentations anormales se produisent et s'accompagnent de sensation de brûlures qui peuvent simuler l'hyperchlorhydrie. On peut en faire le diagnostic différentiel à l'aide de petites doses de bicarbonate de soude, prises une heure avant le repas. S'il s'agit d'hypochlorhydrie, le bicarbonate excitant la sécrétion chlorhydrique, diminue les fermentations et par conséquent les brûlures. Elles sont augmentées par ce procédé en cas d'hyperchlorhydrie.

Les troubles intestinaux sont de règle : dans les formes peu avancées il y a constipation ; dans l'apepsie, souvent diarrhée.

L'état général reste bon au début. Plus tard, la nutrition se faisant d'une façon insuffisante, l'amaigrissement survient avec la neurasthénie par hypoacidité sanguine avec phosphaturie, puis avec hypophosphatie.

On comprend de suite quels services peut rendre le massage abdominal dans cette forme de gastrite. Fait à jeun, il sera tonique, excitera l'appétit en provoquant la sécrétion gastrique ; fait de suite après le repas, superficiel et calmant, il apaisera les sensations si pénibles de pesanteur, de tension de l'épigastre, excitant, il provoquera les contraction du muscle stomacal et facilitera le brassage des aliments ; fait à la fin de la digestion, il aidera par des manœuvres, que j'ai décrites plus haut, l'évacuation de l'estomac et, par conséquent, diminuera les fermentations et leurs conséquences.

L'*hyperchlorhydrie*, d'après M. Mathieu, comprend un certain nombre de types cliniques sur lesquels je ne puis m'étendre ici.

D'une manière générale les malades de cette catégorie souffrent de la faim (fringales) ou par l'ingestion des aliments (brûlures), surtout d'aliments excitants. Ils vomissent souvent par contracture du pylore. Fréquemment ces malades ont de la diarrhée à jeun. La dilatation d'estomac est fréquente et est la conséquence de cette contraction spasmodique du pylore. Souvent il y a stase du liquide que l'on retrouve à jeun si on passe une sonde (maladie de Reichman).

Je pense que dans tous ces cas, il est préférable de s'abstenir du massage abdominal. Cependant, en

Digitized by Google

ayant soin d'éviter les manœuvres excitantes, le massage évacuateur et tonique peut rendre quelques services dans les cas de grande dilatation avec obstacle, non organique, bien entendu, au niveau du pylore.

Dans les crises gastriques des tabétiques, dans l'hyperchlorhydrie des névropathes, je répète qu'il ne peut donner que de mauvais résultats.

Comme je l'ai dit plus haut, le massage n'est vraiment indiqué dans cette classe de dyspepsies que chez les pléthoriques avec hypertension. Alors il n'y a pas à tenir compte du chimisme, et il faut avant tout régulariser cette pression sanguine (1).

2° *Dyspepsies intestinales.* — La plupart du temps, elles sont la conséquence des dyspepsies gastriques et se manifestent de différentes façons : constipation, diarrhée, entérite muco-membraneuse, typhlo-appendicite.

Je ne dirai que quelques mots de ces manifestations intestinales, car chacune d'elles pourrait nous occuper longtemps.

Inutile, je pense, de vanter les bons effets du massage abdominal dans *la constipation.* Ils sont aujourd'hui reconnus de tous. Le manuel opératoire en a été décrit plus haut et se compose de foulements, de hachures, de vibrations, de pétrissages sur tout le trajet du colon, et qui auront pour but de tonifier l'intestin, de faire cheminer mécaniquement les matières, d'augmenter les sécrétions biliaire et intestinale et de renforcer chez certains sujets la sangle abdominale atrophiée.

Les résultats sont extrêmement variables. Dans certains cas ils étonnent par leur rapidité, et j'ai vu des malades constipés depuis un certain nombre d'années avoir des selles régulières après 5 ou 6 massages, quelquefois après un seul. Le plus souvent il faut plusieurs séries de 15 à 20 massages, séparées par un intervalle égal de repos, pour obtenir un effet durable. Dans certains cas, le résultat ne peut être obtenu que par la combinaison d'autres agents physiques, l'électricité par exemple, ou par l'emploi d'eaux minérales telles que Châtel-Guyon, Brides, etc... Enfin il ne faudra pas oublier de soigner la cause en même temps que l'effet, et on devra s'occuper de la gastropathie ou de la maladie générale dont la constipation n'est qu'une conséquence, si on veut obtenir les effets complets du massage.

Dans la *diarrhée chronique* le massage donne de très brillants résultats. J'ai vu chez des malades apeptique, ayant de la diarrhée depuis 2, 8, et même 12 ans, celle-ci s'arrêter après 20 et 30 massages. Le ventre étant quelquefois douloureux, surtout au niveau du cœcum, il faut pratiquer des manœvres douces au début, ne jamais employer les hachures et user beaucoup des vibrations.

La diarrhée des hyperchlohydriques névrophates est tributaire des eaux de Plombières ; le massage ne leur réussit que rarement.

L'*entérite muco-membraneuse* bénéficiera du massage, puisqu'elle a le plus souvent la constipation pour cause, mais il faudra la réserver pour les phases subaiguës ou chroniques de l'affection, s'en abstenir dans la phase aiguë, chez les neurasthéniques excitables, affaiblis et lorsque le ventre est très douloureux.

Chez les enfants qui sont fréquemment atteints de cette maladie (constipation relative ou absolue — atonie, torpeur hépatique), le massage réussit généralement bien, mais il ne faut pas que le petit malade soit trop affaibli, le massage pouvant le fatiguer encore.

Dans la *typhlite* chronique avec engorgement stercoral, le massage doux, vibratoire pourra être employé au début et naturellement contre-indiqué en cas de fièvre et de suppuration. En tout cas il sera employé avec succès dans l'intervalle des crises douloureuses, pourvu que les manœuvres soient faites avec précaution. Si le traitement augmente les douleurs du cœcum, il faut, après chaque séance, laisser le malade au repos et lui recommander l'emploi pendant une 1 à 2 heures de compresses très chaudes ou de cataplasmes laudanisés.

L'*appendicite* vraie est une contre-indication absolue au massage. Si après une crise que l'on soupçonne, de par ses symptômes aujourd'hui classiques, d'avoir été une crise d'appendicite, on voulait avoir recours au massage du ventre pour combattre une constipation, il faudrait d'abord attendre que la douleur ait disparu et masser tout l'intestin excepté la région cœcale sur laquelle on ne serait autorisé qu'à faire un léger massage vibratoire.

On peut sans inconvénients faire un massage du cœcum *trois à quatre semaines après une opération d'appendicite.*

Je ne me suis que fort peu étendu sur les dypepsies intestinales, car je compte revenir plus tard sur ce sujet dont le développement ici m'entraînerait trop loin.

Pour me résumer en quelques lignes, je dirai que le massage abdominal rendra les plus grands services dans une foule d'états gastro-intestinaux, pourvu que l'on sache appliquer à chaque cas les manœuvres qui lui sont préférables. On ne devra jamais non plus négliger de soigner en même temps, par le régime et l'hygiène la cause de l'affection que l'on traite. Il faudra s'aider des auxiliaires du massage et en particulier de certaines manœuvres de gymnastique suédoise très spéciales, dont M. Krikortz vous entretiendra dans la prochaine conférence.

(1) M. Huchard a traité cette question du massage de l'estomac dans le *1er volume* de ses si intéressantes *Consultations médicales.*

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'analgésie par cocaïnisation rachidienne

Par Ed. Schwartz
Professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin

Je tiens à fournir mon contingent de faits à la méthode d'anesthésie préconisée par notre collègue Tuffier et à vous donner mon impression à ce sujet.

Avant d'employer cette manière de faire, j'avais été voir opérer notre collègue ; il avait bien voulu, avec une complaisance dont je le remercie venir dans mon service faire sur ma première malade opérée de la sorte l'injection de cocaïne.

Il s'agissait d'une cure radicale de hernie crurale chez une femme jeune ; l'analgésie fut obtenue sans difficulté ; il n'y eut aucun incident et tout se passa de telle sorte que j'employai sans hésiter sa méthode. Depuis novembre 1900 jusqu'à aujourd'hui j'ai pratiqué une cinquantaine d'opérations sous l'analgésie obtenue par l'injection cocaïnique lombaire.

Ces opérations ont été faites sur les membres inférieurs, les organes génitaux, l'anus et le périnée, les régions inférieures de l'abdomen ; je n'ai pas fait une seule laparotomie et je n'en ferai pas, à moins d'indications spéciales, après ce que j'ai pu voir sur mes opérés, tous adultes, variant comme âge de 16 à 60 ans.

Les cures de hernies inguinales et crurales sont représentées par une vingtaine d'opérations, les curettages avec amputation du col, les colporraphies, les colpopérinéorraphies, par une dizaine; viennent ensuite les cures radicales d'hydrocèles, de varicocèles, des opérations d'hémorrhoïdes, de fissures anales, de fistules à l'anus, soit une dizaine d'opérations ; enfin, le membre inférieur nous a fourni des opérations sur les varices, des ablations de tumeurs, de séquestres, une résection du genou, des élongations nerveuses, des évidements et grattages d'abcès froids.

J'envisagerai succinctement ; 1° la technique ; 2° les résultats immédiats ; 3° les incidents ou accidents.

La technique de l'injection a été très bien réglée par notre collègue Tuffier. Nous nous sommes toujours servi d'une aiguille de platine iridiée à bec court, suffisamment large pour ne pas se laisser obstruer facilement en traversant les parties molles, longue de 7 centimètres. La cocaïne a été prise chaque fois chez Hallion et Carrion en ampoules stérilisées contenant deux centimètres cubes d'une solution au 1/50

Jamais nous n'avons dépassé deux centigrammes ; souvent, pour les membres inférieurs, nous n'avons injecté qu'un centigramme et demi.

Nos collègues et amis Rieffel et Riche et moi-même n'avons pas réussi la ponction et l'injection 6 fois, dont trois me reviennent à moi seul ; c'est surtout dans les cas où les individus sont musclés et très gras que l'épine dorsale ne fait aucun relief, malgré la position courbée en avant prise par le patient, où les points de repère sont difficiles à déterminer que cet accident nous est arrivé. Hier encore, je n'ai pu faire la ponction chez un garçon de 20 ans atteint de tuberculose du pied et en même temps de scoliose un peu accentuée.

Chez 5 malades la ponction a réussi, ramené du liquide céphalo-rachidien qui sortait en bavant ; l'injection a été poussée dans le canal rachidien, et malgré notre attente, au bout de 15 minutes il n'y avait aucune analgésie. Quatre fois j'ai fait examiner la cocaïne restante par M. Haltion lui-même ; elle offrait toutes les qualités d'un produit normal. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que chez deux malades il y a eu des nausées sans analgésie et nous avons été obligé de recourir au chloroforme et à l'éther.

Un de ces malades était hystérique et a eu à son réveil une crise de convulsions de près d'une heure.

Il semble qu'il y ait des sujets réfractaires ou plutôt existe-t-il des dispositions anatomiques qui empêchent la diffusion du liquide et son action sur les racines nerveuses proches alors qu'il peut influencer les parties supérieures de la moelle ?

Nous avons pu constater que toutes les fois que le liquide céphalo-rachidien s'échappait de l'aiguille avec tension, la cocaïnisation était en général parfaite à tous les points de vue, et comme analgésie, et comme absence ou atténuation des phénomènes généraux.

Le plus souvent, le liquide sort en bavant ; l'on est même obligé d'attendre quelques secondes pour le voir arriver lentement à la surface, voire même de l'aspirer avec la seringue de Pravaz. Dans un cas, cette manœuvre fit sortir une seringue pleine de sang noir ; j'avais ponctionné une veine rachidienne. Il n'en est résulté aucun incident.

Quand on a une certaine habitude de la ponction on est averti par la traversée d'une résistance de nature spéciale que l'on est bien dans le bon endroit; si le liquide tarde à venir ne pas hésiter à passer dans l'aiguille un fil d'argent stérile qui amène presque toujours l'écoulement du liquide attendu.

Digitized by Google

Le biseau de l'aiguille étant court, cette dernière s'obstrue quelquefois ; il est bon de le savoir ; je suis certain maintenant que cela a rendu stériles au moins deux de mes ponctions initiales.

A part quatre fois, jamais les opérés n'ont accusé la moindre douleur à la ponction, si ce n'est celle de la piqûre même. Quatre fois ils ont ressenti au moment de la pénétration de l'aiguille une douleur comme fulgurante traversant le membre inférieur gauche de haut en bas, et indice certain d'un contact avec une racine rachidienne.

Il n'en est jamais rien résulté de fâcheux. Cependant, j'ai eu à cet égard l'alerte que voici. J'avais fait la ponction rachidienne à un homme de 45 ans, atteint de mal perforant plantaire, avec nécrose de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil, il avait ressenti cette douleur vive fulgurante. Je lui avais pratiqué l'évidement de son mal perforant et l'élongation du tibial postérieur. Tout alla très bien, quand au bout de trois semaines cet opéré fut pris d'une paralysie totale de tout le membre inférieur gauche avec rétention d'urine, et paralysie du sphincter anal ; en l'examinant, je constatai une paralysie, de la sensibilité nettement limitée au dessous de l'aîne, de l'anesthésie cornéenne, de l'anesthésie du pharynx ; il ne se fit aucune atrophie musculaire et le malade était totalement guéri après quelques séances d'électricité au bout de trois à quatre semaines ; il s'agissait manifestement d'une paralysie hystérique. Je j'ai revu depuis tout à fait bien remis.

Dans tous les cas où nous avons réussi la ponction et l'injection, l'analgésie est toujours survenue totale jusqu'au niveau de l'ombilic et même au-dessus 7 à 8 minutes après le retrait de l'aiguille.

Une seule fois, nous avons été obligé d'attendre une dizaine de minutes. Deux fois nous avons obtenu une hémi-analgésie ; une fois nous avions injecté très lentement la solution et le malade avait été couché sur le côté ; la lésion se trouvait heureusement du côté analgésié (fistule anale) ; l'autre fois l'analgésie était à gauche, l'opération devant se faire sur le pied droit. La malade fut couchée sur le côté droit et l'analgésie arriva rapidement.

L'analgésie a toujours duré de 1 heure à 1 heure 1/4; cependant, une fois, dans une cure double de hernie inguinale, l'opéré a commencé à se plaindre vers la fin de la deuxième opération qui a dû être terminée rapidement ; deux autres fois l'analgésie n'a duré que 28 minutes et 15 minutes ; les points de suture ont été sentis.

Nous n'insisterons pas sur les troubles survenus après l'injection et qui sont parfaitement connus. Nous n'aurons en vue que ceux qui sont véritablement importants : les vomissements et la céphalalgie.

Les nausées débutent généralement 12 à 15 minutes après l'injection : ces nausées sont très désagréables pour peu qu'elles soient accompagnées de violents efforts quand il s'agit d'opérer sur l'abdomen et son contenu, par exemple dans les cas de cure radicale de hernie, à plus forte raison dans ceux de la parotomie. Nous avons été sérieusement incommodés au point de vue opératoire. 2 fois surtout alors qu'il s'agissait de larges anneaux laissant facilement passer les viscères. Quand cela ne dure que quelques minutes, il n'y a pas grand inconvénient ; il n'en est plus de même quand la situation se prolonge. D'après Doléris, cet état peut être combattu par une injection de sulfate d'hyoscine. Généralement, les nausées et vomissements glaireux ont cessé au bout de quelques minutes. Dans un cas ils se sont prolongés pendant plusieurs heures, dans un autre pendant cinq jours et ont mis véritablement l'opérée dans un triste état. C'était au mois de novembre dernier : il s'agissait d'une femme ayant une métrite hémorrhagique ou un petit fibrome. Il fallait d'abord après dilatation de l'utérus, poser un diagnostic, puis faire soit l'ablation de la tumeur intra-utérine, soit un curettage. J'injectai 2 centigr. de ch. de cocaïne, on reconnut une métrite qui fut curettée. Tout alla bien pendant l'intervention. La malade fut prise, dès le début, de vomissements qui continuèrent pendant cinq jours, malgré la glace à l'intérieur, la potion de Rivière. Elle vomissait tout ce qu'elle essayait de prendre, elle en arriva à un tel état que nous lui fîmes des injections de sérum artificiel ; tout se calma au bout de 5 jours et elle sortit parfaitement guérie; elle eut en même temps une céphalalgie intense mais qui disparut rapidement. Il est certain que si cette situation s'était reproduite, je n'aurais pas continué les injections. Je ne connaissais pas alors le remède proposé par Doléris.

Je n'ai observé la céphalalgie vraiment intense et durant 48 heures que chez un homme opéré de hernie. Chez d'autres malades elle a duré quelques heures, 24 heures au plus et a disparu. Chez un autre elle s'est reproduite, après rémission, pendant 6 jours. Un phénomène gênant, sur lequel je desire encore insister, c'est le tremblement général que présentent à un haut degré certains malades et qui gêne l'opérateur quand il a à faire une opération un peu minutieuse, des sutures, par exemple.

Il nous a semblé que les rétentions d'urines qui surviennent rarement après les opérations de hernies ont été plus fréquentes après la cocaïnisation rachidienne ; nous l'avons observée chez cinq malades au moins sur une vingtaine de hernies opérées.

Un dernier inconvénient à signaler, c'est l'émis-

Digitized by Google

sion de matières par l'anus dans les efforts de vomissements ; il n'a aucun importance si l'on a soin de bien vider le rectum de son contenu avant l'opération par un grand lavement que l'on fera rendre au malade.

Tels sont les faits que je tenais à communiquer.

Mes impressions sont les suivantes ;

Au point de vue de la technique, je ne la trouve pas aussi simple que veut bien le dire notre collègue Tuffier. Quand après une cinquantaine de ponctions, on est encore dans le cas de ne pas faire une injection réussie, quelle que soit d'ailleurs la cause de l'insuccès, on ne peut pas considérer la manœuvre comme exempte de difficultés. Pour moi, je suis persuadé que les inconstances de la ponction, soit par insuccès franc, soit par manque d'action de la cocaïne injectée, seront un appoint très sérieux dans le découragement de ceux qui abandonneront la méthode. Ces incidents sont à la rigueur tolérables dans un service hospitalier où l'on a sous la main aides et anesthésiques ; ils ne le seraient pas dans la pratique ordinaire.

Au point de vue des résultats immédiats, les cas types sont véritablement remarquables et bien faits pour bien disposer en faveur de la méthode, ce sont ceux où la tolérance est pour ainsi dire maxima ; il n'y a aucun trouble ou presqu'aucun que l'analgésie. Ce sont les plus rares ; presque toujours il y a des nausées, des vomissements, de peu d'importance quand il ne s'agit pas d'opérations ayant ouvert l'abdomen largement. Je n'ai fait et ne ferai, comme je l'ai déjà dit, aucune laparotomie sous l'anesthésie rachidienne. Les cas mauvais, qui font tort à la méthode et vous font regretter l'anesthésie générale, sont rares ; nous en comptons trois dont deux avec céphalalgie intense, un avec vomissements incoercibles pendant 5 jours.

Une dernière question nous tient à cœur, c'est celle de la conscience de l'opéré pendant l'opération. Pour ma part, autant que possible, quand il s'agira d'opérations graves, d'opérations susceptibles de donner lieu à des incidents opératoires, à des alertes, je n'emploierai pas l'analgésie rachidienne. C'est là une question de sentiment personnel, peut-être attaquable mais à coup sûr compréhensible.

Pour nous résumer, nous continuerons encore, pour notre part, à nous servir de l'analgésie rachidienne. Nous la croyons une méthode digne de figurer à côté des autres modes d'anesthésie, avec les réserves que nous avons faites et avec l'intention de rechercher des moyens d'atténuer ou d'éviter vomissements et céphalalgies. Nous saurons que lorsque le chloroforme et l'éther seront contre-indiqués, nous aurons encore à notre disposition, pour des interventions non justiciables de la cocaïnisation locale, la cocaïnisation par injection lombaire ; pour mon compte, toutes les fois que je ferai cette dernière par choix, je prendrai la précaution de préparer mon malade comme pour l'anesthésie générale, de façon à pouvoir l'y soumettre en cas d'insuccès de la méthode, soit que la ponction ne réussisse pas, soit que le malade soit réfractaire à l'action de la cocaïne.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'alimentation par voie sous-cutanée. — L'alimentation par la voie sous-cutanée présenterait au point de vue clinique un intérêt considérable. En effet, si les matières albuminoïdes, les hydrates de carbone et les graisses introduits sous la peau étaient facilement assimilés, il serait alors possible par cette méthode, de prolonger la vie des sujets atteints de cancer de l'œsophage ou de l'estomac, sujets voués, dans un laps de temps très court, à une mort certaine par inanition, à laquelle on n'a jusqu'ici à opposer que l'alimentation par une gastrostomie.

Ce mode d'alimentation serait également d'un grand secours pendant la période de cicatrisation et de réparation chez les individus ayant subi une opération sur les voies digestives, et dans certaines maladies nerveuses, où on ne peut alimenter les malades.

La thérapeutique a déjà à sa disposition les lavements nutritifs, mais parfois ces lavements sont rejetés ou difficilement absorbés, et même, dans quelques cas, ils causent une véritable inflammation de la muqueuse rectale. Le procédé n'est donc pas toujours applicable ; c'est alors que la voie sous-cutanée pourrait être utilement mise à contribution.

Les premières recherches sur l'alimentation par voie sous-cutanée ont été faites en 1869 par Mentzel et Perko. Les essais faits par Karst, Krueg, Pick, etc. donnent des résultats très variables. Leube conclut de ses recherches que les peptones et les albumines passent dans les urines sans aucun profit pour l'organisme, que les albuminates alcalins et les syntonines passent dans le sang, mais ne peuvent être employés parce qu'il est impossible de les stériliser. Il crut démontrer ensuite que le beurre, injecté sous la peau est assimilé et utilisé par l'organisme.

Laborde a repris ces expériences en 1900 et montré que les injections de matières albuminoïdes sous la peau, non seulement sont inutiles au point de vue de l'alimentation, mais sont toxiques et causent de graves lésions rénales.

Perrier (*Thèse de doctorat 1900*) a refait des expériences sur l'injection sous-cutanée d'huile d'olive stérilisée et a vu que cette méthode est absolument inoffensive mais qu'elle ne peut entrer dans la

Digitized by Google

pratique de l'alimentation : Ewald, Leube, Lenoir, étaient arrivés aux mêmes conclusions.

Les lapins qui reçoivent de l'huile d'olive en injection sous-cutanée survivent 11 à 12 jours, c'est-à dire 2 ou 3 jours de plus que les lapins soumis au jeûne absolu. Les lésions trouvées à l'autopsie ne sont que des lésions d'inanition.

Leur poids diminue constamment et la mort survient après une perte moyenne de 44 0/0 du poids initial ; chez les témoins, la perte n'étant que de 40 0/0 on peut admettre que les injections d'huile permettent à l'animal d'utiliser une plus grande partie de l'albumine de ses tissus.

L'étude du rapport de l'azote urinaire à l'azote total $\frac{Az^u}{Az^t}$ celle du rapport du carbone total à l'azote total éliminés $\frac{C^t}{Az^t}$ concordent à prouver que les albumines de l'économie sont détruites en moins grande quantité mais transformées d'une façon plus parfaite en urée. En un mot, la nutrition est plus active chez les animaux à qui on injecte de l'huile d'olives et cependant ils dépérissent moins vite parce qu'ils utilisent une petite quantité, environ 0 cc. 5 par kilogramme corporel et par 24 heures. de l'huile qu'on leur injecte, ce qui leur permet d'économiser légèrement l'albumine des tissus.

Il résulte de ces recherches que les injections sous-cutanées d'huile peuvent être utilisées pour activer la nutrition et pour aider à la suralimentation, mais elles ne peuvent à elles seules remplacer l'alimentation buccale. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Evolution clinique de la gomme cérébrale circonscrite. — La gomme circonscrite du cerveau est rare, et fréquemment on a confondu avec elle, même en présence des pièces anatomiques, des gliomes ou des sarcomes, dont l'examen histologique seul révélait la nature. C'est ce qui ressort nettement de l'étude très complète qu'en a faite M. Herber. *(Th. de Paris 1900.)*

D'une manière générale, la gomme diffère cliniquement des autres tumeurs cérébrales, en ce qu'elle se traduit par des symptômes de foyer, auxquels sont surajoutés d'autres signes dépendant des autres lésions syphilitiques (artérite, méningite, etc.,) qui coïncident presque toujours avec la gomme : d'où il résulte un polymorphisme de symptômes qu'une tumeur seule ne peut expliquer.

L'évolution de la gomme est rarement aiguë ou chronique ; elle est ordinairement constituée par une série d'épisodes qui se déroulent lentement, et dont la durée moyenne est de cinq à huit mois. Après une phase silencieuse, constituée uniquement par l'évolution anatomo-pathologique de la tumeur, commence la période symptomatique qui est l'expression de l'intolérance du cerveau : dans les gommes corticales, le début est marqué soit par des phénomènes épileptiformes, soit par des symptômes méningés, soit par des troubles mentaux ; la gomme des ganglions centraux débute d'une façon à peu près constante par l'hémiparésie soudaine ou progressive.

Les symptômes de la période d'état sont : la céphalée à peu près constante, aussi bien diurne que nocturne ou vespérale, et qui résiste à toute les médications, sauf aux médications antisyphilitiques ; les vomissements l'accompagnent souvent, ainsi que la constipation. L'œdème de la papille est fréquent, mais c'est un signe commun à toutes les tumeurs cérébrales. Les symptômes épileptiformes sont d'une grande fréquence, depuis les simples convulsions jusqu'à l'épilepsie jacksonienne nettement localisée : celle-ci ne correspond d'ailleurs que rarement à une gomme de la région rolandique, et paraît n'être qu'un symptôme de voisinage.

L'hémiplégie traduit souvent l'existence de la gomme ; dans les lésions corticales, elle est post-épileptoïde, peu marquée, passagère, récidivante ; dans les lésions ganglionnaires, elle est au contraire stable. Les paralysies oculaires ne sont pas rares, mais elles sont le plus souvent sous la dépendance d'une lésion concomitante à la gomme. Signalons enfin des troubles psychiques fréquents, consistant soit en un état de stupeur plus ou moins profonde, d'hébétude, d'apathie, soit en symptômes démentiels, simulant la folie simple ou parfois la paralysie générale.

Livrée à elle-même, la gomme cérébrale circonscrite entraîne souvent la mort, soit dans le coma, soit avec des phénomènes méningitiques, soit dans le marasme et la cachexie ; d'autres fois encore la cause de la mort est une maladie intercurrente, de nature syphilitique ou non. La guérison est possible, comme le montrent quelques faits de cicatrices gommeuses ou de gommes calcifiées constatées à l'autopsie.

Le traitement sera hygiénique, médical et chirurgical, suivant les cas. L'hygiène, et particulièrement celle du tube digestif, en diminuant les auto-intoxications, prévient ou fait rétrocéder les phénomènes irritatifs dont l'origine est dans la congestion péri-gommeuse. Le traitement médical devra être intensif, et combiner l'action du mercure et de l'iodure : mais il faut savoir qu'il est souvent infidèle, parce que des lésions secondaires (hémorrhagies, ramollissements, sclérose), sont souvent constituées

Digitized by Google

avant sa mise en œuvre. Le traitement chirurgical, en provoquant l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, apporte une sédation momentanée des symptômes ; mais il est à priori inutile, la syphilis étant essentiellement récidivante ; il est même nuisible, en tant que traumatisme, pouvant être une cause d'appel pour la récidive. — B. H.

DIAGNOSTIC

La phonendoscopie de la rate. — M. Fortin (*Th. de Paris,* 1901) a étudié les diverses modifications subies par la rate physiologiquement ou au cours des diverses affections, à l'aide du phonendoscope de Bianchi, modifié par son auteur : cette modification consiste simplement en une petite ouverture, pratiquée à la partie supérieure de l'appareil, et qui permet de laisser s'échapper une certaine quantité de vibrations.

Le malade doit être debout, le bras gauche tenu en écharpe sur la poitrine, afin de bien découvrir la région de la rate : l'examen sera ensuite pratiqué suivant la méthode préconisée par Bianchi, c'est-à-dire à l'aide de frottements faits avec le bord externe du pouce.

On constate ainsi que le volume de la rate change constamment pendant la journée : de dimensions minimum le matin au réveil, à jeun, elle a son volume normal pendant la journée, puis augmente dans la soirée et les premières heures de la nuit, pour diminuer ensuite jusqu'au matin. Quelques heures après l'ingestion d'aliments, la rate augmente; elle se rétrécit au froid et se dilate à la chaleur avec une rapidité extraordinaire. Enfin la vie sédentaire augmente le volume de la rate, tandis que la marche et le travail diminuent ce volume.

Le corset déplace fortement la rate, soit en haut et en arrière, soit en bas et en avant. L'accouchement est une cause fréquente de ptose et de migration de l'organe. La rate est plus basse le soir que le matin, après la marche qu'avant. Elle se déplace également suivant les mouvements du corps.

Au point de vue diagnostique, une diminution de volume de la rate indique une nutrition incomplète ou imparfaite de l'organisme; une augmentation de volume est l'indice d'une affection locale ou générale, et peut être un élément précieux pour un diagnostic précoce : c'est ainsi que dans la syphilis avec chancre ou dans toutes les poussées de l'infection syphilitique, la rate est augmentée de volume dans le sens antéro-postérieur. En outre, en suivant l'évolution de la rate au cours d'une maladie, nous pouvons avoir un moyen très sûr, non seulement de porter un diagnostic et un pronostic, mais encore de surveiller l'action thérapeutique des remèdes employés. — B. H.

OBSTÉTRIQUE

Fractures et enfoncements du crâne chez le fœtus au cours de l'accouchement. — Le Dr Prudhomme (Th. Paris 1900), après avoir rappelé les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, distingue deux degrés d'enfoncements : inflection des os en gouttière, en sillon siégeant le plus souvent à la partie antérieure du pariétal qui était en contact avec le promontoire ; enfoncement en godet, en entonnoir, en cuiller qui est le degré le plus élevé.

Les fractures sont l'exagération du 2e degré de l'enfoncement. Elles siégent d'un ou des deux côtés de la voûte cranienne; en général elles sont unilatérales et siégent dans la présentation du sommet sur le pariétal postérieur, parallèle à la suture coronale en avant de la bosse pariétale ; dans la présentation du siége elles siégent entre la bosse pariétale et l'oreille près de l'angle inférieur et antérieur de l'os.

Généralement les deux lésions sont réunies quand la fracture existe.

On peut observer en même temps d'autres lésions : du côté des parties extra craniennes, excoriations, dépressions cutanées, sphacèle de la peau, épanchement sanguin entre l'os et le cuir chevelu ; du côté du cerveau, aplatissement des circonvolutions, congestion marquée localisée des vaisseaux de la pie-mère. Dans quelques cas plus graves il y a hémorrhagie ou seulement un hématome sus-dural.

Le tableau symptomatique est celui de la compression cérébrale localisée ou généralisée.

L'intervention s'impose dans tous les cas, soit au moyen du tirefonds, soit avec un instrument glissé sous la face endo-cranienne de l'os. — J. H. M.

GYNÉCOLOGIE

La métrite hémorrhagique dite essentielle. Décrite par de Sinéty, et remise en honneur par MM. Quenu et Schmid, la métrite hémorrhagique essentielle est niée par d'autres auteurs qui en font un syndrome métrorrhagique, sous la dépendance de lésions scléro-kystiques des annexes ou de lésions scléreuses de l'utérus lui-même. C'est aussi l'opinion de M. Danthez (*Th. de Paris*, 1900), basée sur la ressemblance clinique absolue des métrorrhagies relevant de ces deux ordres de causes : les unes et les autres sont essentiellement abondantes, répétées,

Digitized by Google

rebelles aux traitements médicaux aussi bien qu'au curettage; en outre, l'examen du col et du corps utérus fournit dans les deux cas les mêmes signes physiques : col gros, souvent mou; corps augmenté de volume, non douloureux; cavité utérine augmentée dans ses dimensions, mais sans aucune lésion de la muqueuse, sans polypes ni fibromes.

Bien plus, les lésions utérines sont identiques dans les deux cas, car on y constate : 1° l'infiltration du tissu musculaire et de la muqueuse par des cellules embryonnaires et conjonctives; 2° le développement de nombreux vaisseaux de néoformation; 3° des lésions d'endo-périartérite et d'endo-périphlébite sur les parois vasculaires préexistantes.

Une autre preuve à l'appui de cette thèse, c'est qu'après l'ablation des annexes tous les symptômes utérins disparaissent souvent d'une manière définitive. — B. H.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Helminthiase et appendicite. — M. Triboulet. La note de M. Metschnikoff à l'Académie donne une importance extrême à l'helminthiase dans la genèse de l'appendicite. Il est plutôt indiqué de penser que lombrics ou autres parasites provoquent des accidents pseudo-appendiculaires, vu leur curabilité.

Au cas de persistance des crises après l'expulsion d'helminthes, il y a lieu de se demander si une appendicite antérieure, plus ou moins latente, n'a pas été réveillée par l'entérite parasitaire; si l'helminthiase n'existe pas à côté de l'appendicite, sans l'influencer à ce point que l'helminthiase traitée et guérie, l'appendicite guérisse aussi. Quand on a la guérison, peut-être ne s'agit-il que d'une pseudo-appendicite.

Quand les accidents, surtout chez les adultes, sont intenses (nausées, vomissements, fièvre), quand il y a signes physiques : douleur et empâtement au point classique de Mac Burney, ne peut-on pas songer à la réalité d'une appendicite sous-jacente qu'accompagnerait l'helminthiase?

Plusieurs observations déjà rapportées nous montrent les désordres d'entérite appendiculaire antérieurs et consécutifs à l'évolution d'une lombricose. Il semble que l'helminthiase puisse volontiers accompagner l'appendicite, mais il reste à prouver que cliniquement et histologiquement, la lombricose puisse réellement provoquer l'appendicite.

L'épreuve du vésicatoire. — MM. H. Roger et Josué. L'étude histologique du liquide contenu dans la phlyctène déterminée par un vésicatoire établit que cette sérosité tient en suspension un assez grand nombre de cellules. Chez l'homme normal on trouve une forte proportion de polynucléaires essinophiles. Chez les individus atteints de maladie infectieuse ces cellules sont peu nombreuses ou font complètement défaut. Elles reparaissent si l'organisme triomphe de l'infection. L'épreuve du vésicatoire fournit donc de précieuses indications sur l'intensité de l'imprégnation toxi-infectieuse et sur le mode de réaction des organes hématopoiétiques. On conçoit quel parti on peut tirer de ces renseignements au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic.

La différence des résultats obtenus chez l'homme sain et chez l'homme malade doit tenir à l'action exercée par les toxines microbiennes sur les organes hématopoiétiques et notamment sur la moelle des os. Sous l'influence de ces poisons, la moelle osseuse donne naissance à des polynucléaires neutrophiles; elle se trouve par contre dans l'impossibilité de fournir des eosinophiles. Or, l'application d'un vésicatoire incite à la production d'eosinophiles, et l'examen du liquide de la phlyctène montre dans quelle mesure le tissu médullaire est capable de produire ces éléments. L'épreuve du vésicatoire permet donc de préciser l'intensité de l'action des toxines sur les organes de l'hématopoièse On peut juger à l'aide de cette méthode jusqu'à quel degré la fonction de ces organes est dominée par l'élément toxique.

La ponction lombaire contre la céphalée persistante des brightiques — M. Marie. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, atteint de mal de Bright et sujet depuis un an à des maux de tête, rebelles à la médication lactée. Il n'existe pas d'œdème périphérique ni d'œdèmes viscéraux.

Se demandant si une certaine hypertension du liquide céphalo-rachidien ne pouvait chez cet albuminurique à gros cœur être une des causes de cette céphalalgie persistante, M. Marie pratiqua la ponction lombaire. Cette ponction montra une hypertension notable du liquide céphalo-rachidien qui s'écoula en jet. Six centimètres cubes en furent retirés. Cinq minutes après, le malade accusa une amélioration de sa céphalalgie, qui disparut complètement dans la soirée.

Ce petit fait apporte un facteur nouveau dans la pathogénie de l'urémie nerveuse. Jusqu'ici celle-ci était attribuée à une intoxication des centres nerveux par certaines substances toxiques retenues dans l'organisme; mais ne pourrait-on supposer que chez les brightiques il ne puisse exister parfois une certaine hydropisie de la cavité arachnoïdienne, d'où compression des centres nerveux? Cette opinion, qui a d'ailleurs été déjà soutenue, serait confirmée par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M. Le Gendre a été également frappé de l'amélioration survenue chez un urémique auquel il avait pratiqué une ponction lombaire. Cet homme, artério scléreux et albuminurique, présentait comme symptômes dominants de son intoxication urémique le myosis, la céphalalgie et l'insomnie.

Supposant d'après son hypertension artérielle qu'il pouvait exister de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, M. Le

Digitized by Google

Gendre pratiqua la ponction lombaire pour décomprimer l'encéphale. On retira 13 à 14 centimètres cubes de liquide transparent. Deux jours après, le myosis, la céphalalgie avaient disparu, alors que les purgatifs les émissions sanguines, le régime lacté étaient restés sans effet favorable.

Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre — M. Josias rapporte l'observation d'une enfant de 4 ans, atteinte de kystes hydatiques multiples de la plèvre et du poumon gauches, avec température élevée, déterminant d'abord des signes de pleurésie aiguë, puis de broncho pneumonie, de pleurésie purulente et enfin de pneumothorax, avec état général fébrile qui aboutit à la mort. Une première ponction donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche; une deuxième ponction fournit du pus à pneumocoque; une troisième fut négative.

Dilatation aiguë du cœur. — M. Ferrier rapporte une observation de dilatation aiguë du cœur survenue à la suite de fatigue chez un convalescent de rhumatisme articulaire aigu, et guérie par le repos. *(3 mai.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la suture nerveuse. — M. Reynier Si l'on pratique la suture d'un nerf quelques jours après sa section, les tissus sont dégénérés dans le bout inférieur, et il faut le temps nécessaire pour la restauration de ce bout inférieur, pour que la fonction, tout au moins la motricité, se rétablisse. Les observations montrent que le rétablissement de la fonction se fait au bout de 4 mois à 2 ans. Si la sensibilité reparaît avant, cela tient à la présence de *fibres récurrentes*, d'anastomoses nerveuses excitées par dynamogénie.

Mais si l'on vient de faire une section nette d'un nerf, si ce nerf est assez gros pour que les deux bouts soient bien exactement coaptés, la réunion peut se faire plus rapidement que dans les conditions précédentes; autrement dit, elle se fait avant que la dégénérescence ait apparu dans le bout inférieur; il y a fusion des éléments des deux bouts sectionnés. Les cylindres axes restent indemnes, prêts à continuer leur rôle conducteur. Cette réunion immédiate possible explique le retour rapide des fonctions de motricité et de sensibilité, comme M. Reynier en rapporte deux exemples.

M Quenu. — La réunion immédiate d'un nerf avec retour immédiat des fonctions motrices et sensitives n'a jamais été nettement démontrée.

M. Poirier. — On peut chirurgicalement obtenir la réunion immédiate d'un tronc nerveux, petit ou gros; il est impossible d'obtenir le rétablissement de la fonction; les cylindres-axes, séparés de leur neurone, subissent fatalement la dégénérescence wallerienne. Cependant nous devons toujours tenter la réunion des nerfs; il semble, en effet, que le rapprochement des deux bouts diminue quelque peu la durée des paralysies, peut-être en constituant un guide favorable à la régénérescence.

Traitement du rein mobile par le massage. — M. Richelot. Le rein mobile est une affection des plus rebelles. Le bandage avec pelote est illusoire, et ne peut maintenir l'organe à sa place; il est même une source de douleurs nouvelles. Une simple ceinture abdominale est moins prétentieuse, et peut soulager beaucoup en soutenant la masse intestinale en luttant contre la ptose générale des viscères; mais contre les formes graves et douloureuses, elle est de nul effet. La néphropexie est infidèle.

Depuis quelques années, le massage de l'organe déplacé, pratiqué suivant le conseil de M. Richelot, a donné d'excellents résultats à l'une de ses élèves Mlle le Dr Rosenthal.

La durée du traitement est de 20 à 45 séances au maximum, suivant une technique particulière. Au bout de ce temps le rein a repris sa place, et les malades ne souffrent plus *(1 mai)*.

ACTUALITÉS

De la discipline chez les tuberculeux

Par discipline, j'entends la méthode qui consiste pour un tuberculeux à conformer sa vie à son état morbide et à se mettre dans les meilleures conditions hygiéniques et thérapeutiques pour aboutir à la guérison et à l'amélioration de sa maladie.

Une sorte de stage est nécessaire à cet effet pour certains malades et c'est au sanatorium, à cette école du tuberculeux (prof. Landouzy), que cet apprentissage du « savoir se soigner » se fait dans les meilleures conditions.

Point n'est besoin pour cela d'abdiquer son indépendance; il suffit au malade d'être un peu docile pour apprendre vite à discipliner la respiration, la toux, l'alimentation, les occupations, l'exercice et le repos. On a dit que les tuberculeux français ne sont pas disciplinables comme les tuberculeux des autres pays, et qu'il leur répugne de se soumettre aux règles de l'établissement fermé. C'est une erreur

En général, l'exemple des premiers malades arrivés au sanatorium et disciplinés, est encourageant, et qu'on me passe le mot « contagieux » pour les débutants qui se mettent rapidement à l'unisson des anciens.

A quel genre de malades convient cette discipline et quels sont les malades qu'il y a lieu de sanatoriser?

Ce sont les indisciplinés, les hésitants et les isolés.

Par indisciplinés, je comprends ceux qui, sans nul souci de leur état, donnent libre cours à leurs fantaisies et à leurs caprices, et dont le temps se passe à parcourir toutes les stations hivernales et estivales mondaines pour échouer dans une station plus mondaine que les autres. C'est là une thérapeutique idéale pour le malade, mais néfaste pour sa maladie.

Les hésitants sont ces malades qui préfèrent aux conseils éclairés du médecin, les conseils fantaisistes de leurs amis plus expérimentés les uns que les autres, qui discutent les prescriptions médicales, engagent à essayer telle panacée

Digitized by Google

et font tant et si bien que le malade hésitant se livre à une médication boiteuse qui entrave la besogne du médecin et au besoin l'anéantit.

Dans certains cas, ce sont les parents eux mêmes qui sont les mauvais auxiliaires du médecin. Ils hésitent à faire suivre une médication rationnelle qui leur paraît trop dure pour leurs « chers enfants » et leur hésitation est aussitôt partagée par les malades. Mais, en revanche, la maladie n'hésite pas à prendre une marche rapidement irrémédiable.

Par isolés, j'entends cette catégorie de malades qui restent seuls dans une chambre d'hôtel, quelquefois surchauffée et close, livrés à des idées noires, qui dépriment leurs forces physiques et morales Sans quelqu'un pour les stimuler, ils ne s'alimentent pas, s'anémient, s'irritent et suffoquent dans cette atmosphère d'autant plus viciée qu'elle est plus soigneusement close. Quelquefois, pour obvier à cet inconvénient, ils sortent, marchent à l'excès et rentrent exténués pour recommencer le lendemain, sans se douter que la conséquence forcée d'un tel régime est l'évolution quasi-galopante de la maladie.

Dans ces trois cas, le Sanatorium est absolument indiqué.

Il est des malades dont l'état moral tout particulier ne s'accommode pas longtemps de la vie méthodique du Sanatorium ; dans ces cas, le devoir des médecins est de conseiller le changement, mais le malade aura du moins appris pendant son séjour au Sanatorium, la résignation exigée par la maladie et les principes d'un régime hygiénique, prudent et rationnel dont il fera désormais l'application intelligente.

En résumé, ce sont ces malades dont on dit qu'ils échappent à l'autorité du médecin, qu'il faut diriger vers le Sanatorium, école de discipline et de prophylaxie pour les tuberculeux qui ne sont pas assez égoïstes pour s'astreindre à vivre pour se soigner. La vie méthodique et disciplinée de l'établissement fermé, offre à ces malades un effet matériel et un effet moral qui se complètent l'un dans l'autre, et sont des éléments plus sérieux de succès que la médication hésitante et aveugle adoptée par la plupart d'entre eux.

Telle est mon opinion basée sur les observations personnelles et l'autorité indiscutable de confrères s'occupant de phtisiothérapie. — Dr Portes.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par F. Terrier, prof. à la Faculté, et M. Auvray, chirurgien des hôpitaux de Paris. — 1 vol. gr. in 8° avec 50 fig. dans le texte, 10 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

L'énumération des chapitres permettra, mieux que tout commentaire, de juger de la valeur de cet ouvrage *Les traumatismes du foie. — Corps étranger intra-hépatique. — Traumatismes des voies biliaires. — Foie mobile et son traitement chirurgical. — Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical. — Tumeurs des voies biliaires et canaux biliaires, vésicule. — Séparation de monstres xiphopages unis par un pont de substance hépatique.* — Ce dernier chapitre, basé sur un cas récemment publié, n'a été jusqu'alors l'objet d'aucune étude spéciale dans les études consacrées aux maladies du foie.

Ce livre est conçu de la façon suivante. Après un court aperçu historique et une étude de l'anatomie pathologique et des symptômes de l'affection, les auteurs abordent dans chaque chapitre la partie purement chirurgicale ; le traitement décrit, ils donnent des tableaux des différentes opérations pratiquées jusqu'à ces temps derniers, et une étude très complète des résultats : un index bibliographique, terminant le chapitre, permet au lecteur de se reporter à toutes les sources qui lui peuvent être utiles.

Ce volume est le premier d'une série d'études des mêmes auteurs qui seront consacrées aux affections chirurgicales du foie et des voies biliaires ; nous ne doutons pas de l'accueil que lui feront tous ceux qu'intéresse la chirurgie hépatique.

Traité de chirurgie d'urgence, par le Dr Lejars, prof. agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon. — 3e édition, chez Masson et Cie.

En moins de deux ans le livre de M. Lejars en est à sa 3e édition, et celle-ci, sans être un livre absolument nouveau, comporte cependant des modifications et des additions tellement importantes qu'elle diffère beaucoup des deux premières. Signalons comme chapitres revus et transformés, les *traumatismes de l'œil*, les *phlegmons du cou*, les *plaies du cœur*, l'*appendicite*, le *curage utérin ;* comme chapitres nouveaux la *cocaïnisation rachidienne* et ses applications à la chirurgie d'urgence, la *gastrostomie d'urgence*, les *abcès de l'abdomen*, *abcès de la paroi abdominale antérieure, du foie, de la ré ion sous-phrénique, abcès périnéphrétiques, abcès hypogastriques*, la *périnéorraphie d'urgence*, les *traumatismes des bourses*, le *prolapsus rectal irréductible ou étranglé*, la *hernie diaphragmatique*, les *luxations de la clavicule*, les *fractures du maxillaire inférieur et de la colonne vertébrale*, les *arthrotomies d'urgence*, les *brûlures*, les *morsures empoisonnées*, la *pustule maligne*, les *interventions d'urgence dans l'ostéomyélite aiguë*. Enfin 135 figures ou photographies nouvelles sont venues enrichir l'illustration déjà hors de pair et universellement appréciée qui fait de ce volume un véritable album.

Nous n'avons pas à faire de nouveau l'éloge de cet excellent livre, son succès en indique toute la valeur, mais ce que nous pouvons dire, c'est qu'il est indispensable à tout praticien soucieux de bien faire, et qu'il sera parmi les livres à consulter le plus souvent avec le plus de fruit.

Cet ouvrage fait le plus grand honneur à son auteur, l'accueil qu'il a reçu, et la rapidité avec laquelle ont été épuisées les deux premières éditions suffisent à l'en récompenser.

Les éditeurs sont à féliciter pour l'exécution matérielle parfaite et irréprochable. — J.-H.-M.

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard a repris (amphithéâtre Laennec de l'hôpital Necker) le *vendredi 10 mai à dix heures précises*, ses consultations de clinique et de thérapeutique, et les *continuera les vendredis suivants à la même heure.* — Présentation de malades ; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 157, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur la nature et le traitement de la goutte.

Mécanisme intime de l'accès. — Décharge des précipités salins dans l'organisme vivant, surpris à l'occasion d'une affection insolite de la peau, permettant l'observation progressive de ce processus. — **Goutte et gravelle sont bien les deux sœurs.**

Par A. Morel-Lavallée
Médecin de l'hôpital Tenon.

Il était admis jusqu'à nous que les accidents de la goutte étaient liés à la *précipitation*, dans le sein de l'organisme, et en particulier dans les *tissus articulaires*, de l'*acide urique* et de ses sels, devenus insolubles.

Mais les causes de cette insolubilité subite, le pourquoi et le comment de cette précipitation étaient restés pour nous autant d'énigmes. L'observation que j'apporte aujourd'hui nous fait précisément assister aux phénomènes intimes de cette précipitation; pour la première fois le médecin a pu toucher du doigt et suivre des yeux la formation, dans l'organisme *vivant*, de dépôts salins brusquement abandonnés par le sérum, où ils étaient à l'état de saturation.

Seulement, j'ai eu une surprise. Ces sels, rejetés hors du courant circulatoire, je m'attendais à trouver en eux l'urate acide de soude classiquement incriminé; c'est lui en effet qui forme la partie essentielle des tophus goutteux, — avec adjonction accessoire des incrustations de carbonates et de phosphates calciques qui sont le lot normal des tissus passés à l'état de nécrose, et des organes hors de fonction; — mais, au lieu de ces urates, les précipités en question se sont trouvés avoir pour composition univoque le *phosphate de chaux*, uni au *carbonate de chaux* et à quelques parcelles de *sulfate de chaux*.

Le fait *physique* de cette précipitation dont j'étais spectateur, le fait *chimique* de la composition des précipités, absolument inverse de celle que j'aurais dû rencontrer, au moins d'après l'enseignement que j'avais recueilli de mes maîtres, je ne trouvais rien dans les faits déjà signalés qui pût en être rapproché d'une façon quelconque, — rien non plus qui pût théoriquement m'en indiquer la possibilité ou m'en offrir une explication éventuelle; — rien, si ce n'est dans un récent travail de M. Joulie, où l'on me montra cette phrase :

« Enfin, parmi les conséquences de l'hypoacidité, « nous devons en signaler une qui peut, à elle seule, « expliquer toutes les autres. C'est l'insolubilité, « dans le sang hypoacide, de l'oxalate de chaux et « des *phosphates alcalino-terreux* (de chaux et de « magnésie) provenant de l'alimentation ou de la « résorption des os. »

Ces lignes faisaient partie de l'exposé d'une théorie étrange et qui peut se résumer ainsi : Les arthritiques *n'ont pas* les humeurs acides, comme on l'a cru à tort, et l'acide urique n'est plus le grand coupable. Ils présentent au contraire dans leurs humeurs une réaction *alcaline* ou *hypoacide*, dans la grosse majorité des cas (12 fois sur 13); aussi chez eux la matière « peccante » consistera-t-elle, non pas dans les urates de soude, obligés, — une fois parvenus à un point de saturation morbide, à se déposer dans nos tissus, — mais bien dans les phosphates calciques, passant par une série de phénomènes absolument identiques.

Et cela, du fait d'un état morbide, de l'hypoacidité du sérum, lequel a pour conséquence un état hypoacide de l'urine, et c'est celui-ci qui précisément permettra, dans la pratique, de déceler cette altération et d'en donner la mesure.

Comme c'était là l'unique source où je pouvais trouver une lueur d'explication, je marchai dans ce sens, résolu à vérifier, d'après le procédé de l'auteur, si l'urine de mon malade (et par conséquent son sang) était véritablement *en baisse au point de vue de l'acidité*, comparativement à l'état normal de santé.

Le coefficient normal de l'acidité était, pour l'urine saine, de *4,55*; il fut trouvé pour mon client abaissé à 3, c'est-à-dire *en déficit* de *1/3* ou de *33,3 0/0*. J'ajoute ici, tout de suite, que la *preuve suprême*, dont la recherche s'imposait, il me semble, je veux dire l'*épreuve thérapeutique* instituée suivant les principes de M. Joulie (acide phosphorique) fut décisive; en moins de 4 jours, aux particules micacées succédèrent des grumeaux transparents de matière gélatiniforme (phosphate *gélatineux* (?) de chaux), tandis que l'on voyait s'affaisser et redevenir perméables les lymphatiques de la peau, — sièges de la précipitation des phosphates (tri-basiques ?) qui les obstruaient; — en même temps commençaient à se cicatriser les dilatations valvulaires de ces mêmes vaisseaux, précédemment éclatés et ulcérés sous l'effort de la précipitation calcique effectuée en masse dans leur intérieur.

L'observation, qui est venue nous apporter la justification inattendue de théories aussi totalement subversives de nos connaissances classiques, a trait à un malade dont l'histoire clinique peut être qualifiée et résumée comme suit :

Lymphangite tronco-valvulaire ulcéro-calcifiante de la peau, avec production de calculs et d'*infiltrations (vasculaires, cutanées et* ARTICULAIRES) d'un *calcaire carbo*-PHOSPHATIQUE chimiquement pur... — coïncidant avec un *état* HYPOACIDE des humeurs,

Digitized by Google

révélé par l'examen acidoscopique de l'urine; cet examen, effectué suivant le *procédé de Joulie*, a donné un *coefficient d'acidité* en *déficit de 33 0/0* sur le chiffre normal. La dite lymphangite calcifiante avait succédé *in situ* à un processus infectieux constitué par une éruption d'*impétigo complexe* (*Impétigo phlycténulaire* de *T. Fox*, suivi et compliqué d'*Impétigo folliculaire à sphérules jaune d'or* de *Bockhart*, puis d'un processus ulcératif serpigineux, relevant sans doute de la même bactérie que l'impétigo phlycténulaire et l'ecthyma, etc...)

Au corps médical de juger l'importance des faits cliniques ainsi résumés. Procédant ici, au moyen d'une série de déductions et d'inductions, et sous réserve des preuves ou des objections qui ne vont pas manquer de surgir à ce propos, je crois que l'on peut en donner une idée approximative dans le genre de ceci :

La *goutte* tient à la précipitation, dans nos organes ou tissus, de sels normaux ou pathologiques, — *urates acides de soude* dans le cas d'HYPERACIDITÉ; ce cas, que l'on croyait le cas usuel, ne se rencontrerait, au contraire, que dans 1/13 des cas; — et *phosphates tribasiques de chaux*, dans le cas *ordinaire* d'HYPOACIDITÉ; — les deux états susdits, mathématiquement inverses au point de vue chimique, comportent, cliniquement, et en vertu de phénomènes uniquement physiques et mécaniques, des symptômes absolument identiques.

Ces symptômes correspondent aux affections rangées en pathologie dans le cadre des maladies constitutionnelles faisant porter leurs manifestations principales et les plus usuelles sur les jointures et les tissus périarticulaires, et désignées, de ce chef, sous les noms encore mal définis de *rhumatismes*, *goutte*, etc., etc.

Les maladies en question sont, on le voit, celles qui tiennent la tête dans le groupe qui comprend à la fois les affections par *nutrition retardante*, — et, peut-on dire à présent, — des affections par *nutrition galopante*, autrement dit l'ensemble des maladies par VICE DE LA NUTRITION.

Le point capital qui ressort de toutes les données précédentes, le voici :

La réaction chimique humorale qui amène à un point de saturation morbide les sels en dissolution dans le sérum, — soit au-dessus, soit au-dessous du point normal d'acidité, — donne lieu à la précipitation *pathogène* de ces sels dans l'organisme.

Cette réaction est, dans la nature, réalisée spontanément par l'organisme évoluant vers la maladie; mais il est désormais prouvé qu'elle peut être également obtenue, dans un sens comme dans l'autre, sous l'effort d'une thérapeutique guidée par la constatation matérielle de l'état morbide existant.

Si, dès lors, une agresssion morbide vient attirer l'attention du médecin, il faut et il suffit que celui-ci détermine exactement l'équation chimique, conformément à laquelle s'est produite la rupture de *cet équilibre normal fonctionnel que nous appelons l'état de santé;* — une fois cette équation obtenue, il suffira de chercher, par les moyens thérapeutiques appropriés, à réaliser la nutrition chimique inverse pour être désormais à l'abri de tous accidents similaires.

Ce qui, en langage médical, peut se traduire ainsi :

Ces prémisses étant supposées exactes, le médecin, à l'avenir, pourra, sans inconvénient ni danger, combattre la goutte et toutes ses manifestations, — étant *certain de n'avoir plus à redouter ni métastases*, ni répercussions, puisqu'il lui est loisible de supprimer *l'état morbide susceptible* d'y donner lieu, — *terrain indispensable* à leur germination.

Ce serait, en un mot, l'*accès de goutte* (1) *rayé du cadre pathologique*, la FIN *de la goutte viscérale, de la goutte « remontée »*.

La *thérapeutique* à opposer aux divers états morbides dont j'ai eu à parler ne peut être précisée ici, et cela pour une raison bien simple. C'est qu'elle visera, dans la pratique, *non pas l'hypoacidité*, qui pourtant représente *le terrain*; car ce substratum bio-chimique restera souvent latent et ignoré jusqu'à l'agression morbide dont il sera le complice indispensable. Le traitement, dis-je, devra, suivant chaque cas particulier, viser celle des maladies de la famille arthritique en face de laquelle se trouvera le médecin.

Si donc le traitement acidifiant, acido-phosphorique ou autre, trop exclusivement mis en avant par Joulie, doit rester comme indication majeure, — il devra être doublé d'un complément posologique d'égale utilité; — malheureusement je ne puis fournir ici aucune donnée qui soit à retenir, malgré la réalisation, déjà obtenue, de succès parfois inespérés.

Aux prescriptions fondamentales qui précèdent existe un corollaire. Les idées que je viens de développer sont loin d'être de l'ordre contemplatif, ainsi qu'on a pu le voir. Nous en avons en effet tiré des préceptes thérapeutiques de devoir strict. Mais il y a plus : et la première obligation que rencontre le praticien, pour être négative, n'en est pas pour cela d'un caractère moins rigoureux; car, en s'y dérobant on risquerait forcément de porter une grave atteinte à la loi tutélaire du *Primo non nocere*.

Le principal inconvénient de l'hypoacidité réside, ai-je dit, dans la précipitation presque fatale des phosphates en circulation dans le sang; celui-ci

(1) Mais *non* l'ÉTAT GOUTTEUX *latent*.

Digitized by Google

cessant d'être acide, les phosphates, de mono ou bi-calciques, deviennent *tribasiques*, et par conséquent insolubles.

Quant au danger que fait courir à l'économie ladite insolubilité, il me suffira, pour en faire aisément mesurer l'étendue, de montrer ce qui se passe dans la circonscription circulatoire de l'émonctoire rénal à chaque digestion.

Voici les aliments du repas qui finit, arrivés dans l'estomac : afin de digérer les matières albuminoïdes qui se trouvent dans cette masse alimentaire, les glandes gastriques vont avoir à fournir — si nous négligeons pour un moment la pepsine — d'énormes quantités d'une solution diluée de HCl. Cet HCl, où le prendre? Au chlorure de sodium apporté par les aliments; dès lors, que va-t-il se passer? Tout le chlore du NaCl étant utilisé pour la solution digérante, la soude, mise en liberté, passe dans la circulation; immédiatement, elle neutralise, et même avec excès, le CO^2 du sang. Aussitôt, voilà ce liquide devenu alcalin, et, lorsqu'il va s'offrir à la dialyse rénale, il laisse fatalement se déposer, sous les arcades des pyramides de Ferrein, des monceaux de phosphate calcaire momentanément devenu insoluble.

Mais cette *gravelle rénale* n'est, chez l'homme sain, qu'un incident physiologique transitoire autant que périodique. En effet, à son arrivée dans l'intestin, la masse alimentaire est inondée par les sucs pancréatique et intestinal, et par la bile, auxquels la mélange intimement le brassage péristaltique.

L'acide chlorhydrique, attardé dans ses combinaisons avec les matières albuminoïdes attaquées à des degrés divers par le chimisme digestif, reprend sa liberté; il retourne donc au sang, se jetant avec avidité sur la soude qui y circulait, combinée à l'acide carbonique. Celui-ci, redevenu libre à son tour, la scène change : les amoncellements provisoires de phosphate tribasique, que nous avons laissés tout à l'heure sous les arcades des pyramides, virent au phophate *acide* ou *monobasique*, — et, fondant en un clin d'œil comme la neige au contact d'un courant d'eau chaude, se laissent entraîner par le sérum réacidifié jusqu'au torrent de la grande circulation.

Supposons à présent qu'à ce sérum, momentanément alcalinisé au point de précipiter ces phosphates pour une durée de quelques quarts d'heure, une thérapeutique mal avisée vienne (dans la pensée de combattre une uricémie hypothétique) apporter un surcroît de bicarbonate de soude, qui empêchera le retour à l'acidité normale du liquide sanguin; comment donc fera ce pauvre sérum pour rentrer alors en possession de ses phosphates, qu'il avait pour un instant déposés aux pieds des pyramides! Voilà donc le provisoire devenu définitif. Car on devine d'ici la suite : quel beau et impérissable monument élevé en pierres de taille, au milieu des calices pétrifiés, à la gloire de la thérapeutique!

CLINIQUE MÉDICALE

Tachycardie paroxystique essentielle chez l'enfant.

Par Pierre Merklen.
Médecin de l'hôpital Laënnec

Je viens d'observer un cas de tachycardie paroxystique essentielle chez un enfant. Je crois d'autant plus utile de le signaler, que cette singulière affection n'a été que rarement observée dans le jeune âge, et qu'elle s'est manifestée chez ma jeune malade par des accidents un peu insolites.

Il s'agit d'une jeune fille, dans sa treizième année, très grande, en plein développement, quoique non encore réglée. Elle est fille de rhumatisant : son père a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu, deux ans avant sa naissance. En septembre dernier, étant au bord de la mer, elle eut une première crise dite de palpitation, de quarante-huit heures de durée; en octobre, une crise semblable de douze heures, mise sur le compte d'un trouble digestif. Une troisième crise, dont j'ai été témoin seulement le huitième jour, s'est manifestée inopinément le 4 avril dernier, vers cinq heures du soir, après une promenade et un goûter fait dans des conditions ordinaires. Le début de la crise fut marqué par des vomissements et des palpitations. Croyant à un simple trouble gastrique, et rassurés par la simplicité des accès antérieurs, les parents se contentèrent de donner le lendemain un purgatif, qui ne modifia en rien la situation. Les palpitations continuèrent, d'abord simplement gênantes, mais progressivement accompagnées de douleurs précordiales et de dyspnée. Le Dr Paul Boncour, en l'absence du médecin habituel, ne fut appelé que le cinquième jour : déjà les accidents avaient pris un caractère alarmant; la tachycardie était extrême, et, la nuit suivante, se produisit une crise de suffocation avec douleur précordiale, faiblesse grande du pouls, pâleur de la face, qui ne céda qu'à une injection sous-cutanée de morphine. La petite malade fut vue en consultation le lendemain, par M. Marfan, qui pensa à une péricardite compliquée de myocardite, tout en déclarant qu'il n'en existait aucun signe net. En raison de la dyspnée et de la tuméfaction du foie qui indiquait la défaillance du cœur, il prescrivit immédiatement un cinquième de milligramme de digitaline, les jours suivants trente centigrammes de feuilles de digitale en macération, enfin le régime lacté. Le résultat fut favorable au point de vue de la congestion du foie, qui disparut, de la dyspnée, qui fut moindre; mais, quand je vis la malade deux jours après, la tachycardie persistait, le nombre des pulsations cardiaques étant de 220 par minute; le cœur soulevait le plastron précordial sur une vaste face et contrastait par l'énergie de ses battements avec la faiblesse du pouls. La dyspnée était modérée, mais il y avait eu un crachat sanglant dans la journée. Je fus surtout frappé de l'étendue de la matité cardiaque qui était plus que doublée, d'autre part de la sensibilité douloureuse du creux épigastrique et de la partie inférieure du thorax à gauche, au point que l'on pouvait

Digitized by Google

difficilement palper ses régions ; les phréniques étaient eux mêmes sensibles à la pression. Cela me fit craindre quelque phlegmasie pleuro-péricardique avec myocardite, comme l'avait pensé notre collègue, bien que la température axillaire n'eût atteint que 37°8, et j'éloignai provisoirement l'hypothèse d'accès de tachycardie paroxystique qui s'était d'abord présentée à mon esprit.

Je conseillai donc une application de quatre sangsues et des enveloppements humides chauds. Cela fut fait à la fin de la journée, sans résultat immédiat appréciable ; mais à deux heures du matin, la mère de la petite malade fut fort étonnée, en prenant le pouls, de le trouver subitement revenu à 80. La crise était terminée et avait duré un peu plus de huit jours. La convalescence ne fut marquée que par une polyurie abondante d'environ trois litres d'urine par jour ; il n'y avait pas eu d'albuminurie pendant l'accès. Je revis la malade dans mon cabinet une dizaine de jours après : le cœur était absolument normal comme volume, comme rythme et comme bruits, et la santé générale parfaite. Je notai seulement une pression artérielle un peu diminuée, 15 au sphygmomanomètre de Potain, et des réflexes rotuliens faibles. Ce rapide retour à la santé, l'intégrité du cœur, enfin l'évolution des accidents, ne permettaient plus aucun doute sur la nature de l'affection : il s'était agi d'un accès prolongé de tachycardie paroxystique essentielle, avec dilatation aiguë du cœur.

Le cas est intéressant à plusieurs égards, d'abord par l'âge de la malade. La tachycardie paroxystique essentielle est considérée par la plupart des auteurs comme une affection de l'âge adulte. Toutefois Herringham a rapporté l'observation d'une fillette âgée de onze ans, sujette à des accès de tachycardie typique depuis l'âge de six ans, et il a trouvé deux cas analogues dans la littérature médicale. Bouveret avait remarqué déjà qu'un certain nombre de malades font remonter le début de leurs crises au jeune âge ; Herringham a relevé cinq fois sur quarante cette particularité, et j'observe moi-même, depuis près de huit ans, un malade, maintenant âgé de quarante ans, qui est atteint depuis l'âge de dix ans d'accès de tachycardie paroxystique essentielle. C'est donc une affection de l'enfance comme de l'âge adulte.

Elle se comporte chez l'enfant comme à un âge plus avancé. On trouve chez lui les accès courts de quelques minutes à quatre ou cinq jours, et les accès prolongés, compliqués de dilatation et de faiblesse du cœur, tels que Bouveret les a nettement définis dans son important mémoire. La fillette observée par Herringham avait des crises de trente-six heures à douze jours de durée. Celle dont je viens de rapporter l'histoire a eu deux accès courts de quarante-huit et douze heures, un accès long de huit à neuf jours, qui s'est compliqué, à partir du cinquième jour, de crises de suffocation, de dyspnée, de congestion du foie, et, vers la fin, d'une petite hémorrhagie pulmonaire. La dilatation du cœur était, à cette période, des plus évidentes, et constituait, avec la tachycardie et les douleurs, les éléments essentiels du syndrome. Les sensations subjectives accusées par les malades atteints d'accès tachycardiques sont assez variables. Les uns se plaignent d'endolorissement de la région précordiale avec engourdissement du bras gauche, d'autres de pression ou de constriction à l'épigastre, dans le thorax ou au cou. Je n'avais pas encore observé l'hyperesthésie douloureuse excessive qui, chez ma petite malade, me fit craindre une phlegmasie pleuro-péricardique. Il s'agissait évidemment d'un état douloureux dû à la distension du cœur.

La crise et les accidents ont cessé quelques heures après une application de sangsues. C'est peut-être une simple coïncidence. Toutefois, ce traitement a donné, entre les mains de plusieurs médecins, des résultats favorables, et c'est pourquoi il me paraît bon de le signaler à nouveau. La deuxième observation du mémoire de Bouvret a trait à une femme âgée de trente-six ans, sujette, depuis huit à dix ans, à des crises de tachycardie, et qui mourut de collapsus cardiaque à la fin d'un accès de près d'un mois : or, cet accès ne fut interrompu que pendant trente six heures, à la suite d'une application de huit sangsues qui fit momentanément tomber le pouls à 70 et cesser la dyspnée. Une observation de Bristowe mentionne également une notable amélioration, mais sans modification de la tachycardie, survenue après une application de vingt sangsues ; malheureusement, il s'agissait aussi d'un accès grave et ultime qui enleva la malade après une durée de deux mois. Les émissions sanguines locales sont donc utiles, moins contre la tachycardie qui, le plus souvent, cesse spontanément, et contre laquelle nous ne possédons aucun moyen d'action direct, que contre la dilatation cardiaque secondaire et ses conséquences. Elles sont, à ce point de vue, un utile adjuvant de la digitale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La mort dans la fièvre typhoïde

Par Ch. Fiessinger

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

La fièvre typhoïde est une maladie tellement répandue que sa vulgarité, si elle sollicite l'attention des médecins, attire en général beaucoup moins celle des municipalités. On se dit : La maladie est endémique. Il n'y a rien à faire. Cette explication suffit. Et pendant ce temps les malades s'en vont dans l'autre monde.

M. le Pr Courmont (de Lyon) me contait dernièrement l'anecdote suivante : La ville de V..., dans le Midi, lui envoyait des échantillons d'eau à analyser.

Digitized by Google

C'était à la saison sèche. Les eaux furent reconnues excellentes; pas un bacille pathogène. La fièvre typhoïde qui sévissait dans la ville de V... n'était donc pas due à la mauvaise qualité des eaux. Grande joie du maire à la bonne nouvelle. Les journaux en sont informés; des articles dithyrambiques célèbrent la pureté merveilleuse des eaux de consommation.

Un instant, s'il vous plaît, réplique M. le Pr Courmont. — Je demande des eaux à la saison des pluies; une seconde analyse est nécessaire. De nouveaux échantillons lui sont adressés, remplissant la condition formulée : d'être recueillis par le mauvais temps. Cette fois plus de doute. Des colonies de coli-bacilles infectaient le liquide. L'eau était la cause unique de l'épidémie, la présence du coli-bacille impliquant à peu près forcément celle du bacille d'Eberth, ces deux miro-organismes étant commensaux du tube digestif et éliminés en même temps par les selles.

La nouvelle analyse est expédiée à la mairie de V... Cette fois, silence complet. Nul n'accuse réception de l'envoi. Le public n en est même pas informé. On craint de l'affoler et puis les préoccupations électorales sont en jeu. Avouer qu'on empoisonne une population, il y a de quoi rendre l'électeur pas content. On lui ferait peur, sans autre bénéfice que de se voir remercié au prochain renouvellement du Conseil.

A Saint-Claude, depuis quatre ans, soixante décès se sont produits par fièvre typhoïde. La mort survient surtout quand les malades n'ont pu être traités par l'eau froide.

J'emploie soit les bains, soit le drap mouillé. Les bains sont donnés à 22°, toutes les trois heures, tant que la température atteint ou dépasse 39°. Leur durée est de 10 minutes à un quart d'heure.

En place de bain, le drap mouillé jouit d'une action manifeste. A 39°, je prescris un enveloppement de 5 minutes, le drap étant étendu sur une couverture de laine dans laquelle est replié le malade, les bords du drap étant préalablement rabattus sur lui.

A 39°5, deux enveloppements consécutifs m'ont paru nécessaires. Au bout de 5 minutes, on recouche le malade on retrempe le drap dans l'eau froide, on y retransporte le typhique. A 40°, je prescris trois enveloppements. Des chutes thermiques de 1 degré à 1 degré 1/2 sont fréquemment observées après les premiers enveloppements. Le malade fait sa fièvre en restant calme et sans présenter de troubles nerveux. Il n'y a guère que l'hémorrhagie intestinale qui ne puisse être évitée grâce à cette méthode.

Les quatre sortes de complications qui ont le plus souvent entraîné la mort sont d'abord cette hémorrhagie intestinale et plus rarement la perforation que ne prévient pas le traitement hydrothérapique, puis les accidents cardio-pulmonaires et nerveux, cette dernière sorte d'accidents étant surtout l'apanage des typhiques qui n'ont pu être baignés.

Très souvent le début de la maladie ne semble nullement témoigner de l'aggravation finale. Jusqu'au douze ou quinzième jour, tout va bien. Le traitement consiste en laxatifs au début, quinine à faibles doses, boissons abondantes, lotions vinaigrées. On se réjouit d'en être quitte à si bon compte, moyennant un traitement si anodin.

Et voici tout à coup que la gravité se montre. La température s'élève, atteint 40° le matin, le pouls devient rapide et faible, le ventre se ballonne, les bronches s'encombrent, l'intelligence s'obscurcit, la parole sort hésitante, indistincte, l'incontinence ou la rétention d'urine apparaissent. La mort ne tarde pas.

Au début, étant donnée la marche bénigne de la maladie, on espérait pouvoir se passer de bains ou du drap mouillé. A cette heure il est bien tard pour y revenir. Essayons quand même.

Nous n'avons pas à attendre grand'chose des autres médications.

Les injections de caféine, d'huile camphrée, d'eau salée retardent parfois l'échéance fatale. Elles ne l'empêchent guère.

Et c'est là un grand découragement pour le praticien. Matin, midi et soir, il injecte à ses malades 500, 600 grammes d'eau salée; 2 à 3 piqûres d'huile camphrée (2,50/10) ou de caféine (2,50/10) sont pratiquées par jour. Rien n'y fait. Le malade baisse, le médecin le prolonge; il ne le relève pas.

C'est ainsi, et parfois pendant quelques jours, une lutte dont la défaite est le couronnement habituel. Durant plus d'une semaine, des malades sont mis à même de résister. Une femme de 40 ans, prend la fièvre le 15 septembre. Jusqu'au 29, c'est-à-dire pendant la première quinzaine, aucune alerte; un peu de diarrhée et de météorisme, quelques râles humides dans les bronches, des sueurs abondantes, une température de 39 à 40 et c'est tout. La malade n'ayant pas été vue tout au début et d'autre part les signes de bronchite dominant la scène, on songe d'abord à la grippe et on n'ordonne pas de bains.

Le 20 octobre, à la suite d'une purgation intempestivement donnée, la fièvre monte, le pouls faiblit (120), le ventre se ballonne follement, l'oppression se déclare. On enveloppe la malade dans le drap mouillé toutes les 3 heures; un peu de mieux se produit, mais bien vite la température baisse, descend à 38°2, le pouls restant faible et rapide. Rien de dangereux au cours des pyrexies comme ces chutes thermiques ne coïncidant pas avec une amélioration

Digitized by Google

correspondante dans l'état du pouls. Dans la convalescence, la fièvre peut disparaître, le pouls restant mauvais. Une certaine parésie du pneumo gastrique explique cette persistance dans la faiblesse des pulsations cardiaques; à cette période de la maladie, le pronostic de cette défaillance n'est d'ordinaire pas mauvais et sous l'influence d'une alimentation tonique, peu à peu le pouls se relève. Mais pendant la fièvre typhoïde et quand l'intoxication n'a pas épuisé son action, il n'en est plus de même : c'est très grave un pouls petit et rapide qui accompagne un abaissement brusque de température. On cesse le drap mouillé chez notre malade, on la réchauffe, on commence les piqûre d'huile camphrée, de caféine, d'eau salée — 500 grammes de sérum artificiel sont injectés matin et soir. Par moments, un peu de mieux redonne de l'espoir, Mais le pouls faiblit néanmoins, monte à 150, il se produit de la rétention d'urine, de la carphologie. Pendant 7 jours, du 3 au 10 octobre, on lutte pas à pas, la température remonte à 40, par instant l'intelligence redevient nette; après les piqûres de sérum, la malade transpire, elle dort. N'empêche que peu à peu la connaissance s'obscurcit, la respiration s'embarrasse et la mort survient.

De tous les typhiques auxquels, en dehors d'une hémorragie intestinale, j'ai pratiqué des injections d'eau salée, aucun n'a guéri. C'est dire qu'en cas d'infection forte, le remède se montre précaire.

Le mieux encore est d'essayer avec persévérance le drap mouillé. Supérieure à toutes les drogues, l'eau froide est susceptible de combattre avec plus de chances qu'elles toutes les manifestations de l'empoisonnement typhique. Deux malades, vues l'une au onzième jour, l'autre au dix-huitième jour, atteintes de température très élevée (température moyenne 40°5) et d'un pouls faible et rapide, avec délire et incontinence des matières, ont ainsi guéri, moyennant l'enveloppement toutes les 3 heures, et 2 à 3 fois répété à chaque reprise dans le drap mouillé. Moyen moins énergique que le bain froid, le drap mouillé nous semble supérieur dans l'occurrence, tout juste en raison de son activité moindre qui surprend moins un système nerveux déjà fortement entamé par la durée du mal.

Plus rares que les accidents cardiaques, se montrent les accidents pulmonaires isolés, évoluant au début sans troubles concomitants du cœur et avec l'allure de l'œdème du poumon. Là encore la mort peut survenir rapidement, toutes les médications restant impuissantes.

Nous voyons le quinzième jour de la fièvre typhoïde un jeune homme de 22 ans; les signes abdominaux sont peu marqués; pas de diarrhée ni de météorisme, par contre après les maux de tête et les épistaxis du début, voici venir un encombrement bronchique généralisé; des râles humides se retrouvent en avant et en arrière dans toute la hauteur du poumon; la fièvre oscille autour de 39° — le pouls est à 120, — les urines ne renferment que des traces d'albumine.

Le vingt-quatrième jour de la maladie, tout à coup après une journée assez bonne, se déclare une oppression très vive, la poitrine est remplie de râles fins, le pouls faiblit et s'accélère: des râles trachéaux s'entendent à distance : les injections d'éther et d'huile camphrée, les ventouses sèches n'amènent aucun soulagement et le malade succombe dans la nuit, en pleine connaissance, sans avoir déliré un instant.

Si les injections d'eau salée, d'huile camphrée, de caféine, ne semblent posséder qu'une action assez atténuée et dont l'effet s'épuise vite contre les accidents de l'intoxication typhoïdique, par contre il est une complication contre laquelle elles se montrent singulièrement efficaces, l'hémorrhagie intestinale. La syncope du malade, la faiblesse, la fréquence et la petitesse du pouls sont très heureusement amendées par l'emploi de ces remèdes. A moins toutefois que l'hémorrhagie soit foudroyante. Dans ce cas, rien à faire. Le malade meurt avant l'arrivée du médecin.

Tel un jeune homme de 22 ans, qui prenant une forte diarrhée, lors d'une rechute de fièvre typhoïde, succomba brusquement le treizième jour, en rendant un flot de sang au moment où il allait à la garde-robe.

Quant à la péritonite avec perforation, rien à faire. On luttera par les mêmes moyens, mais sans y attacher grand espoir.

Trois des causes de mort dans la fièvre typhoïde — accidents cardio-pulmonaires, nerveux, hémorrhagies — les plus fréquemment rencontrées dans la pratique, peuvent donc être le plus souvent évitées, les deux premières par l'usage de la balnéation ou du drap mouillé immédiatement utilisé dès les premiers jours; que si ces accidents apparaissent au cours de la fièvre typhoïde non traitée par la balnéation au début, on recourra, plutôt qu'au bain, au drap mouillé, mieux supporté en pareil cas. Quant à l'hémorrhagie intestinale, le repos, les injections de sérum, l'emploi des vessies de glace et des médicaments usuels recommandés en viendront souvent à bout. La seule précaution en cas d'hémorrhagie est de ne plus baigner le malade au moins pendant 3 jours, et d'interrompre l'administration des lavements pendant un laps de temps égal.

Digitized by Google

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

L'esprit de nitre dulcifié

L'esprit de nitre dulcifié fut obtenu pour la première fois au XVIIIe siècle par Raymond Lull en soumettant à la distillation un mélange d'alcool et d'acide nitrique : Dumas et Boullay montrèrent qu'il contenait surtout du nitrite d'éthyle.

L'éther nitreux, dont l'action physiologique ne le cède, au point de vue de l'intensité, à celle d'aucun de ses congénères, est un vaso dilatateur ; il a de plus sur eux l'avantage d'être soluble, et relativement peu toxique ; il exerce son action dilatatrice sur tous les vaisseaux indistinctement ; malheureusement, sa grande volatilité et sa prompte altérabilité ne permettent pas de l'employer pur ; on doit lui préférer soit :

a) La liqueur anodine nitreuse de Soubeiran fournie par le mélange à parties égales d'alcool à 90° et d'éther nitreux, celui-ci recueilli immédiatement après sa préparation.

b) Soit mieux encore, les vieux *esprits de nitre dulcifiés*, obtenus directement, mais dont la formule varie, quant au mode de préparation, avec chaque pharmacopée.

L'esprit de nitre dulcifié, l'acide azotique alcoolisé du Codex français se prépare avec :

Acide azotique officinal à 1,39.	78 grammes
Eau distillée.....	22 —
Alcool à 90°.....	300 —

Diluez l'acide avec la quantité d'eau prescrite : versez peu à peu le mélange dans l'alcool pesé dans un flacon à l'émeri ; débouchez de temps à autre pendant 2 à 3 jours pour donner issue aux gaz que dégage l'action chimique ; conservez pour l'usage.

L'esprit de nitre doux des Anglais, le swet spirit of nitre, s'obtient en mélangeant :

Acide nitrique.	90 grammes
Alcool.	1000 —

On distille au B. M 750 grammes de produit.

L'expérience a démontré qu'il se formait toujours une plus grande quantité de nitrite d'éthyle lorsque l'acide et l'alcool superposés étaient abandonnés au repos pendant un temps assez long; il découle de ce fait que la préparation française renferme une plus forte proportion d'éther nitreux que l'esprit des Anglais ; il en renferme moins que la liqueur de Soubeiran préparée par simple mélange : il importe donc de ne pas confondre les trois préparations ; l'esprit de nitre dulcifié français se prescrit à la dose de 1 à 4 gr., l'esprit de nitre doux anglais se donne de 5 à 30 gr., la liqueur anodine nitreuse se prend à la dose de XX à L gouttes.

La composition chimique des esprits de nitre est plus complexe que celle de la liqueur anodine soluté alcoolique d'éther nitreux pur ; le nitrite d'éthyle constitue la majeure partie de ces préparations : on y trouve également de l'aldehyde ordinaire dont la formation précède celle du nitrite d'éthyle et quelques produits de réactions secondaires, acide acétique, éther formique, éther acétique, acétal, traces de cyanure d'éthyle.

L'esprit de nitre dulcifié est un liquide incolore, à réaction neutre ou à peine acide possédant une agréable odeur de pomme de rainette ; sa saveur douceâtre est un peu brûlante.

Il est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther.

En raison de sa composition, l'esprit de nitre dilate tous les vaisseauv indistinctement ; il agit de la sorte comme antithermique; à ce titre, Hoffmann l'employait fort souvent; de plus, son action dilatatrice apparaît surtout dans les organes sur lesquels on facilite en quelque sorte son action ; il en résulte qu'on peut, jusqu'à un certain point modifier l'aire vasculaire atteinte par le médicament en modifiant les conditions dans lesquelles on l'administre ; en effet, le nitrite d'éthyle tout en tendant à dilater tous les vaisseaux éprouve de la difficulté à développer son action vaso-dilatatrice du côté de la peau, les vaisseaux s'y trouvant à l'état de contraction sous l'influence du froid auquel la surface du corps est exposée. Le médicament dilate donc les vaisseaux des parties profondes et spécialement ceux des reins; de là résulte l'effet diurétique du médicament. Par contre, si on maintient la peau chaude et si on donne alors le nitrite d'éthyle on obtient la diaphorèse par suite de la dilatation des vaisseaux cutanés, celle-ci provoquant une sécrétion plus abondante de sueur. Il agit cependant aussi dans tout le corps, en diminuant la tension artérielle (Lauder-Brunton). En France, M. Huchard a montré que l'esprit de nitre dulcifié était un stimulant très efficace dans le cas de tension élevée, quand on veut soulager le travail du cœur en diminuant la résistance qu'il doit vaincre, que de plus, sa solubilité dans l'eau en rendait le maniement plus facile et le mode d'administration aisé. On le formule généralement en potion.

Potion hydragogue de Cruveilhier :

Digitale	1 gramme
Eau..... ..	250 —

Faites infuser, passez et ajoutez ;

Esprit de nitre dulcifié.....	2 grammes
Sirop des cinq racines.... ...	30 —

Contre les infiltrations séreuses.

Potion diaphorétique ;

Esprit de nitre dulcifié..... ..	4 grammes
Sirop de miel	40 —
Infusion de sureau	130 —

Digitized by Google

Potion diurétique :

Oxymel scillétique	15	grammes
Esprit de nitre dulcifié	2	—
Eau de menthe	30	—
Eau	100	—

(Codex 1866)

Enfin, il existe dans la pharmacopée des Etats-Unis une tisane de scille composée, puissant diurétique, dont la formule modifiée en raison de la différence de composition de notre alcoolé d'acide azotique pourrait être la suivante :

Squames de scille	0 gr. 60	
Baies de genièvre	4	grammes
Polygala	1	—
Eau bouillante	1000	—

Faites réduire de moitié, passez et ajoutez ;

Esprit de nitre dulcifié	3	grammes

M. D.

Formulaire du Praticien

Traitement de la laryngite aiguë

Si, dans nombre de cas, la laryngite aiguë guérit seule, dans beaucoup d'autres, il convient de faire suivre une hygiène sévère et d'administrer avec opportunité quelques médicaments.

Comme hygiène, il faut imposer le silence le plus possible, et éviter toutes les causes irritantes, les boissons alcooliques. la fumée de tabac, les poussières, les mets épicés.

Le traitement médicamenteux sera ainsi conduit d'après le Dr M. Boulay.

On peut, au début, essayer d'enrayer le mal par des bains de vapeur, des tisanes chaudes : bourrache, jaborandi, salsepareille, des diaphorétiques comme l'acétate d'ammoniaque. La teinture d'aconit ne paraît pas très active. Il faut s'abstenir des attouchements laryngés au nitrate d'argent. Lorsque les phénomènes inflammatoires sont en décroissance, on peut faire des insufflations laryngées sous le contrôle du miroir. Le calomel (gros comme une lentille) exerce une action décongestionnante manifeste, mais éphémère. Si on emploie les astringents, il les faut peu énergiques et fortement dilués :

1. Tanin	2	grammes
Sucre de lait	10	—
2. Sozoiodol de zinc	1	gramme
Sucre de lait	10	—

Lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu. s'il persiste un peu de parésie des muscles intra-laryngiens, on fera des insufflations soit à l'alun. au tanin. à l'oxyde de zinc.

Contre la toux, on emploiera les opiacés, le sirop de morphine, les pastilles de chlorhydrate de cocaïne (6 à 8 par jour). Si la trachée est un peu irritée, faire des instillations intra-trachéales de 1 à 5 centimètres cubes d'huile mentholée au 1/20.

Contre la sécheresse de la gorge, ingérer des tisanes chaudes, sucer des pastilles de jujube, de lichen, faire des inhalations de vapeurs chaudes continues ou discontinues, d'une durée de 5 minutes, dans le dernier cas, de 3 à 6 fois par jour.

Pour les rendre plus efficaces, on peut soit recouvrir la tête et le vaporisateur d'une serviette, soit se servir d'un entonnoir en papier. La vapeur d'eau seule procure généralement une sensation désagréable, on emploiera alors des infusions de tilleul, de camomille, de sureau, d'eucalyptus, ou bien on mettra dans un bol de liquide 20 à 30 gouttes d'une des mixtures suivantes :

1° Teinture d'eucalyptus } Teinture de benjoin }	ãã 15	grammes
2° Eau de laurier-cerise	25	—
Alcool à 90°	5	—

Si les phénomènes douloureux sont intenses, faire des révulsions au-devant du cou avec des compresses humides, froides, selon la méthode de Priesnitz.

Pour faire disparaître les sécrétions adhérentes, inhalations d'eau, on en mettra une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque	2	grammes
Glycérine	2	—
Eau	100	—

ou des pulvérations d'acide borique, ou des instillations d'huile mentholée, badigeonnages laryngés à l'huile mentholée. Administrer le benzoate de soude à la dose de 4 à 6 grammes par jour. — S. R.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Formules contre la variole (Legrand). — Contre l'intolérance gastrique et les vomissements bilieux :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10	
Sirop d'éther	30	grammes
Sirop de codeïne	30	—
Eau chloroformée	50	—
Eau de menthe	50	—

Une cuillerée à dessert d'heure en heure.

Potion calmante :

Acetate d'Ammoniaque	3	grammes
Sirop thébaïque	50	—
Sirop de quinquina au vin	60	—
Todd Q. S. p.	187	c. c.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La chaleur radiante lumineuse en thérapeutique. — Depuis trois ans environ, une nouvelle méthode thérapeutique, reposant sur l'emploi de la chaleur radiante lumineuse produite électriquement par les appareils Dowsing, a pris naissance en Angleterre, le nouveau mode de traitement s'est répandu dans les grandes villes du royaume. Le Dr Guyenot, d'Aix-les-Bains, s'en est fait le promoteur en France (*Soc. de thérap.*, 17 avril).

Au point de vue physique, la chaleur radiante lumineuse est constituée par l'association de radiations calorifiques lumineuses et chimiques, possédant chacune des propriétés physiques, chimiques et physiologiques particulières. Elle est produite artificiellement dans les appareils Dowsing à l'aide du courant électrique traversant un filament de composition spéciale contenu dans les ampoules de verre où on a fait le vide.

Ces ampoules ou radiateurs électriques sont munis de réflecteurs construits de telle sorte que les rayons de chaleur radiante lumineuse peuvent être dirigés sur une partie quelconque du corps et que la température puisse être portée jusqu'au degré le plus élevé que le corps humain puisse supporter avec ces appareils, c'est-à-dire environ 260°.

Le bain complet de Dowsing peut atteindre sans danger 205° (on le prescrit généralement entre 150 et 200°). Les bains locaux sont bien supportés jusqu'à 260°. Dans toutes les applications, la tête du malade reste à l'air libre.

L'organisme humain supporte parfaitement ces températures auxquelles il serait impossible de le soumettre avec les autres modes d'application de la chaleur.

L'action physiologique des bains Dowsing consiste dans les phénomènes suivants :

Rougeur très marquée de la peau, transpiration abondante, et élimination plus considérable d'acide carbonique par les poumons; accélération du pouls et augmentation de la température du corps; augmentation des matériaux solides de l'urine, surtout de l'urée et de l'acide urique; suractivité des fonctions de la nutrition générale et d'élimination des produits d'oxydation organique; excitation particulière de la peau par les rayons chimiques qui jouissent d'autre part de propriétés bactéricides prononcées : augmentation du nombre et du pouvoir d'oxygénation des globules du sang.

Toutes les affections justiciables des bains d'air chaud, soit locaux, soit généraux, sont traitées avec de grands avantages pour la chaleur radiante lumineuse à l'aide des appareils Dowsing; elle est la médication locale par excellence du symptôme douleur dans les affections rhumatismales ou goutteuses, dans les traumatismes sans plaies des membres, contusions, entorses, luxations, dans les phlébites, les sciatiques, dont elle abrège considérablement la durée.

Le traitement médical de la périthyphlite. — Pour M. Bourget, de Genève, comme pour beaucoup d'auteurs, la périthyphlite n'est pas une maladie primitive, débutant brusquement chez des individus sains; elle est toujours précédée de troubles gastro-intestinaux, entremêlés de diarrhée et surtout de constipation. Ces symptômes peuvent durer des mois et des années avant d'arriver aux troubles du côté du cœcum. Mais il suffit souvent d'un froid aux pieds pendant une de ces digestions laborieuses pour provoquer les troubles les plus graves.

On devra donc commencer par le traitement prophylactique de la périthyphlite : celui-ci comprend tout d'abord le régime alimentaire et les soins à donner à l'intestin pour parer à la constipation.

Le candidat à la périthyphlite doit suivre un régime mixte, où la viande entrera pour une proportion minime, tandis qu'on augmente les légumes, les fruits très cuits et les farineux.

On corrigera avec soin l'hyperacidité gastrique, soit par les bouillies au lait, soit en donnant des alcalins au moment où la digestion gastrique est à son point culminant.

On ne laissera pas un seul jour l'intestin sans fonction évacuatrice; on l'aidera par des purgatifs salins, comme le sel de Carlsbad pris le matin à jeun à la dose d'une cuillerée à café dans une infusion de camomille chaude. Il est encore plus utile de donner une large portion de fruits cuits au petit déjeuner du matin, et si cela n'est pas suffisant, d'y adjoindre à la fin du repas une à deux capsules d'huile de ricin à 2 grammes. Il faut faire en sorte que la selle se produise le matin entre le petit déjeuner et le repas de midi. On peut aussi provoquer la garderobe par des lavages intestinaux administrés le matin. Le constipé devra user à ses repas de boissons aromatiques chaudes (thé, camomille, tilleul); il fera des mouvements de gymnastique, mettant en jeu les muscles de l'abdomen, tel que le canotage, ou encore flexions répétées des membres inférieurs sur l'abdomen dans la position couchée.

Digitized by Google

Sitôt une crise aiguë commencée, M. Bourget met le malade à la diète liquide, de préférence des potages à l'eau, avec de la farine d'avoine, du riz, des œufs, et s'il n'a pas faim, il reçoit du thé léger avec très peu de lait. Journellement on lui administre 15 à 20 grammes d'huile de ricin, contenant en dissolution 1 gramme de salacétol. Si les troubles gastriques prédominent, M. Bourget fait un lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée 1 0/0, et il complète cette antisepsie des voies digestives par le lavage du gros intestin, sans crainte d'empêcher la formation d'adhérences intestinales ou une perforation de l'appendice. S'il y a nécrose de la paroi, celle-ci s'est faite d'emblée ; le cas est des plus graves s'il n'existe pas d'adhérences; mais si des adhérences ont pu calfeutrer l'orifice, nous n'aurons rien à craindre en poussant des liquides antiseptiques presque dans le cœcum.

Le lavage du gros intestin est pratiqué avec 1 litre d'eau bouillie à 38°, contenant 4 gr. d'ichthyol, introduite lentement dans le rectum à l'aide d'une sonde stomacale molle et d'une seringue ou d'un irrigateur. Le liquide pénètre ainsi jusque dans le cœcum.

En même temps que cette solution, M. Bourget fait pénétrer dans le rectum une certaine quantité d'huile d'olive fine chargée de principes aromatiques volatils tels que menthol, thymol, salicylate de méthyle à 1 0/0 ou encore 5 gouttes d'huile essentielle de sauge par 100 gr.

Cette huile est renfermée dans un petit ballon de verre à 2 tubulures, d'une contenance de 100 à 250 gr. et placé entre l'extrémité libre de la sonde et le tube adducteur de l'irrigateur.

Dans les crises appendiculaires, cette huile calme très rapidement les douleurs.

Le malade est couché sur le côté droit, la tête basse, le pied du lit relevé de 20 à 30 centimètres. Une fois la sonde introduite de 5 à 10 centimètres, on fait passer doucement le liquide qui se charge d'huile à son passage dans l'oleoklysme, puis on enlève la canule après l'introduction d'un litre de liquide. Le malade reste sur le côté droit, de 20 à 30 minutes, autant que possible, puis il rend le lavement. Cette opération est pratiquée matin et soir.

Dans l'intervalle des lavages, on place sur la région de la fosse iliaque droite, des cataplasmes de farine de lin, ou 5 à 6 sangsues, si la tuméfaction est très forte et résistante.

Dès le 2e ou 3e jour du traitement, l'huile de ricin est remplacée par le purgatif salin suivant :

Bicarbonate de soude chimiq. pur.	ãã 3 grammes
Phosphate de soude anhydre	
Sulfate de soude anhydre	
Eau	1 litre

En prendre 150 grammes 3 ou 4 fois par jour.

Les lavages intestinaux ont un effet remarquable sur le symptôme douleur.

Les coliques disparaissent dès le second lavage : il en est de même des douleurs à la pression, de la tuméfaction du ventre, des nausées, des vomissements, de la fièvre. Le malade éprouve un bien-être sensible après l'élimination des substances irritantes ou toxiques, cause même des phénomènes inflammatoires.

La durée du traitement par les lavages intestinaux varie de 2 à 10 jours; le plus souvent, ils ne sont plus nécessaires après le 5e ou le 6e jour et on les remplace par les purgatifs légers dont nous avons déjà parlé. *(Soc. de Thérap., 17 avril).*

Un certain nombre de malades ont été définitivement guéris par l'emploi de cette méthode; d'autres ont présenté des récidives, bénignes le plus souvent, qui ont cédé grâce aux lavages intestinaux. Enfin, quelques malades sujets à des récidives fréquentes ou dans l'impossibilité de suivre une hygiène appropriée, ont été opérés à froid. Mais il ne faut pas oublier que parmi ceux-ci, quelques-uns même après résection de l'appendice, ont vu reparaître les symptômes douloureux de la périty phlite et qu'ils ont été obligés d'avoir de nouveau recours au lavage intestinal, pour combattre les phénomènes inflammatoires.

Traitement des arthrites blennorrhagiques par les injections intra-musculaires de calomel. — On sait combien est laborieuse la cure du rhumatisme blennorrhagique; souvent il se termine par des ankyloses. A voir le grand nombre de médicaments proposés, on peut être certain qu'aucun d'eux n'est spécifique. Le calomel, sans cependant avoir une pareille prétention, peut cependant abréger la durée de la maladie et provoquer une terminaison exempte de complications.

M. Thomas, de Genève (*Soc. de Thérap., 17 avril*), se conformant à la méthode de M. Toupet, a pratiqué chez un certain nombre de malades atteints de rhumatisme polyarticulaire des injections de 0 gr. 03 de calomel à des intervalles de 2 à 4 jours, et a vu les symptômes inflammatoires disparaître en 2 à 4 semaines, sans laisser de traces fâcheuses. Ces résultats encourageants méritent d'attirer l'attention des médecins.

CLINIQUE MÉDICALE

Rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer. — L'infection cancéreuse peut être comparée aux infections bactériennes. La cellule animale cancéreuse représente un parasite dont les vertus migratrices, envahissantes, prolifératives et sécrétoires rappellent les propriétés de la cellule végétale

Digitized by Google

bactérienne; de même les infections cancéreuses des surfaces lymphatiques étalées que sont les séreuses procèdent dans leurs étapes et leur propagation à la façon des infections microbiennes subaiguës (Chauffard).

Aussi bien, il est évident que de tout temps les tumeurs malignes ont appelé l'attention des pathologistes par leur caractère infectant, par les métastases qu'elles provoquent dans les ganglions lymphatiques, ou les organes internes à la manière des maladies virulentes. N'a-t-on pas toujours comparé le cancer à la tuberculose? N'a-t-on pas décrit la cellule cancéreuse à côté de la cellule tuberculeuse? N'a-t on pas admis l'hérédite cancéreuse au même titre que l'hérédité tuberculeuse?

Des observations bien prises n'ont-elles pas démontré qu'il y a des pays, des rues, des maisons à cancer; et par cela même n'ont-elles pas affirmé le caractère épidémique et contagieux de la maladie? N'a-t-on pas cru trouver le microbe du cancer? En un mot, et sans insister sur les recherches auxquelles a donné lieu la nature probable du cancer, il est certain qu'il y a une grande analogie dans le mode de propagation aux ganglions des processus infectieux et du cancer, et qu'il est légitime de les étudier comparativement; *l'étape lymphatique du cancer pouvant être assimilée à l'étape lymphatique de l'infection.*

D'une façon générale, les ganglions lymphatiques correspondant à une tumeur cancéreuse sont toujours modifiés. Seules varient la nature, le degré et l'époque d'apparition de ces modifications.

Mais ce serait une erreur de croire que l'on peut juger, à l'aspect extérieur du ganglion, de la nature de ses altérations anatomiques.

Les ganglions au voisinage d'une tumeur cancéreuse peuvent être hypertrophiés sans être cancéreux; par contre de petits ganglions, en apparence à peine augmentés de volume, peuvent être infectés par le cancer. De même, il n'y a pas de parallélisme forcé entre la consistance et la forme du ganglion et la nature de ses altérations.

Aucun des caractères extérieurs des ganglions au voisinage d'un cancer ne suffit à déceler la nature exacte de ses lésions, seul l'examen histologique a, à ce point de vue, une valeur certaine.

C'est d'ailleurs en se basant sur l'examen histologique que MM. Soupault et Marcel Labbé sont arrivés à distinguer parmi les ganglions au voisinage d'un cancer les 3 variétés suivantes

1° *Ganglions sains mais en état d'hypertrophie fonctionnelle.*

2° *Ganglions infiltrés soit par des microbes pyogènes, soit par la tuberculose.*

3° *Ganglions cancéreux.*

Cette division récemment établie me paraît répondre de façon exacte à la réalité des faits. C'est elle que je suivrai pour l'exposé des adénopathies dans le cancer.

1° *Ganglions hypertrophiés et sains :*

Les ganglions peuvent être hypertrophiés quoique sains. On voit alors les ganglions prendre les dimensions les plus variables. Ils peuvent n'avoir que la grosseur d'un pois, bien que déjà hypertrophiés, s'il s'agit de ces ganglions rudimentaires dont la structure se réduit à une capsule qui contient un sinus circulaire et une nappe circulaire, ou bien ils atteignent et dépassent les dimensions d'une olive. Leur forme reste très ordinairement régulière.

Si l'on fait une coupe microscopique d'un ganglion hypertrophié et non cancéreux, on voit qu'il n'est en réalité le siège d'aucune lésion. L'irritation et l'hypertrophie fonctionnelle des ganglions au voisinage du cancer est un fait spécial et bien connu. Les auteurs allemands n'en font pas mention. Fabre-Domergue, de Grandmaison, ont confondu les centres clairs des follicules avec le début du cancer dans les ganglions et ont cru voir dans les cellules en karyokinèse des centres germinatifs des cellules épithéliomateuses en voie de multiplication.

MM. Soupault et Labbé ont les premiers insisté sur cette hypertrophie simple des ganglions lymphatiques.

Cette hypertrophie simple est destinée à produire de très nombreux leucocytes qui passent dans les voies lymphatiques et sont déversés ensemble dans la circulation générale; elle explique le mécanisme de la leucocytose observée dans le cancer; elle est due sans doute aux produits toxiques sécrétés par le néoplasme et apportés aux ganglions par les vaisseaux lymphatiques afférents; on sait que les ganglions réagissent à l'action des toxines comme à celle des microbes; elle ne peut être attribuée à l'action directe des cellules cancéreuses venues par embolie, car elle est précoce et précède l'apparition de cellules spécifiques dans le ganglion; elle n'est pas non plus le premier degré de l'infection cancéreuse des ganglions.

C'est une altération *précancéreuse ou paracancéreuse.*

2° Ganglions infectés soit par *les microbes pyogènes*, soit par *la tuberculose.*

Un certain nombre de ganglions voisins d'un cancer doivent leur hypertrophie à une infection secondaire partie du foyer cancéreux. Cette infection est tantôt banale, due aux microbes pyogènes, tantôt spécifique et due au bacille de la tuberculose. L'origine de l'infection par les microbes pyogènes est actuellement bien connue. Hanot a étudié les relations qui unissent le cancer et la suppuration, de même

Digitized by Google

que les formes septicémiques du cancer de l'estomac.

Il est facile de comprendre que tout cancer de la peau et des muqueuses peut, surtout à la période d'ulcération, être infecté secondairement par les germes pathogènes ou saprophytes qui végètent à la surface de la peau et des muqueuses de la langue et de l'estomac, par exemple ; ou par les microbes d'une infection accidentelle. A ces infections secondaires sont dues les complications inflammatoires qui surviennent au cours des cancers, comme les abcès, les phlébites et même la pyohémie. Les germes septiques qui ont infecté le foyer cancéreux se généralisent soit par les vaisseaux sanguins, soit, plus facilement encore, par les vaisseaux lymphatiques : dans ce cas, le premier organe qu'ils rencontrent sur leur route, est un organe destiné à les arrêter et à les détruire, le ganglion lymphatique.

Ainsi s'expliquent les adénopathies purement infectieuses dans les cancers. Le processus infectieux peut être associé au processus cancéreux dans les mêmes ganglions. D'où les adhérences inflammatoires qui unissent par leur capsule les ganglions d'un même groupe, le ramollissement et les abcès qui se produisent à leur niveau.

Dans d'autres cas, l'hypertrophie des ganglions péricancéreux est due au *bacille de Koch*.

La bacille peut arriver au ganglion par deux voies différentes : ou bien il pénètre au niveau du cancer lui-même, ou bien il pénètre par le poumon, et la propagation se faisant d'abord aux ganglions du hile pulmonaire, puis de ce ceux-ci aux autres ganglions de l'économie en suivant le cours de la lymphe, il peut à un moment donné atteindre les ganglions cancéreux.

3° *Ganglions cancéreux*.

Les ganglions cancéreux généralement sont hypertrophiés. D'abord mobiles, ils ne tardent pas à se réunir soudés qu'ils sont par la périadénite cancéreuse ou inflammatoire. Ils se présentent alors sous la forme de masses bossuées, irrégulières, laissant sourdre à la coupe un suc épais que l'on a comparé heureusement à une véritable » purée épithéliale » (Nepveu).

Ce sont les cellules épithéliomateuses parties de la tumeur primitive et apportées aux ganglions qui se multiplient sur place et s'organisent d'après le même type histologique que les tumeurs d'où ils proviennent. Il est en effet de notion courante, que la tumeur ganglionnaire reproduit non seulement le type histologique de la tumeur primitive, mais qu'elle en reproduit souvent les moindres particularités.

Les cellules épithéliomateuses arrivent au ganglion par trois voies différentes :

1° Le ganglion peut être envahi de proche en proche et pour ainsi dire rongé par la tumeur qui détruit sa capsule. L'envahissement est précédé par la production de périadénite simple ou carcinomateuse.

2° Le ganglion peut être envahi par les vaisseaux lymphatiques qui ont subi d'abord la greffe des cellules cancéreuses; la lymphangite carcinomateuse précédant le cancer du ganglion (ce mode d'envahissement est plus fréquent que le premier).

3° Enfin, le ganglion peut être envahi par des cellules épithéliomateuses isolées, apportées par des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes indemnes ; il se produit une embolie à distance. (Ce processus est le plus fréquent des trois).

Mode de généralisation. — Quand le cancer est arrivé au ganglion, il s'y arrête pendant quelque temps. Le ganglion joue en quelque sorte le rôle d'un organe protecteur vis-à-vis de l'infection cancéreuse, rôle semblable à celui qu'il joue vis-à-vis des différents processus infectieux. Mais le cancer ne tarde pas à se développer dans le ganglion même qu'il ulcère et détruit peu à peu, devenant ainsi un nouveau centre de dissémination ; un nouveau ganglion du même groupe est pris à son tour, puis un troisième. Bientôt toutes les barrières ganglionnaires étant détruites, le cancer vient à se généraliser par les vaisseaux sanguins et à se disséminer dans les différents organes de l'économie.

On peut donc dire qu'il y a comme trois étapes à la dissémination du cancer : *une étape locale, une étape ganglionnaire et une étape sanguine.*

Quelles sont les conditions qui favorisent la propagation du cancer aux ganglions ?

A cet égard, le volume de la tumeur n'a aucune importance.

Le *jeune âge* est au contraire une cause favorisante. L'activité plus grande du système lymphatique pendant les premières années de la vie, activité, que nous l'avons vu, joue un rôle dans le développement, l'accroissement et la généralisation des adénopathies infectieuses, prédispose de même au développement et à l'accroissement des adénopathies cancéreuses.

La nature de la tumeur enfin, a une influence énorme sur la précocité et l'importance de l'adénopathie secondaire. On peut dire, sans insister, que la participation ganglionnaire est d'autant plus fréquente et d'autant plus rapide que la tumeur est plus riche en cellules épithéliales et plus pauvre en tissu conjonctif.

Enfin, quelle est l'époque ordinaire de l'apparition du cancer dans les ganglions ? Il est singulièrement difficile d'être fixé, même approximativement à ce point de vue ; si dans les cancers externes (sein, par exemple) on peut admettre que l'adénopathie apparaît entre le 11e et le 18e mois (Delbet), dans les cancers viscéraux on n'en peut rien dire, car pendant

Digitized by Google

une longue période la maladie reste latente, et les ganglions par leur siège profond, ne sont pas appréciables au début de leur dégénérescence.

Au point de vue clinique, j'insisterai peu, car les adénopathies cancéreuses n'ont, par elles-mêmes, aucun caractère pathognomonique (nous avons montré plus haut que seul l'examen histologique était capable de les nettement différencier).

Les adénopathies dans les cancers sont *directes* ou à *distance*. Les adénopathies directes sont profondes dans les cancers et superficielles dans les cancers des membres et de la face. Les premières peuvent être pendant longtemps méconnues, les secondes au contraire sont facilement appréciables.

Leurs habitudes de forme, de volume, d'isolement ou de groupement, de mobilité, de consistance, d'indolence sont connues. Rappelons seulement qu'aucun de ces éléments ne peut suffire à lui seul pour affirmer la nature cancéreuse de l'adénopathie.

L'étude des adénopathies à distance est intéressante. La place nous manque pour en faire l'historique complet. Rappelons seulement que Troisier en France a surtout insisté sur la valeur des adénopathies sus-claviculaires.

Parmi les adénopathies à distance au cours des processus cancéreux les plus étudiées, celles dont l'importance séméiologique est la plus grande, sont les adénopathies inguinales, axillaires et sus-claviculaires.

Les autres groupes ganglionnaires sont rarement intéressés. Il faut citer à titre de curiosité une observation d'adénopathie cancéreuse avec examen histologique des ganglions épitrochléens au cours d'un cancer du rein (Troisier).

La recherche de l'adénopathie inguinale est généralement considérée comme très utile pour le diagnostic du cancer des organes abdominaux. Viannay (de Lyon) vient de publier un travail (1) dans lequel il insiste « sur la fréquence et la grande valeur diagnostique de l'adénopathie inguinale au cours des cancers profonds. » Soupault et Labbé pensent au contraire que cette importance a été très exagérée, d'autant que les lésions de tous les segments des membres inférieurs, que les lésions des organes génitaux retentissent sur les ganglions de l'aine, d'où la fréquence des indurations chroniques banales de ces ganglions. Soupault et Labbé ont recherché l'état anatomique de ces ganglions de l'aine dans 10 cas de cancers abdominaux (estomac, foie, pancréas, péritoine, utérus); 9 fois les ganglions se sont montrés indemnes de cancer ; ils étaient atteints de dégénérescence scléreuse ou graisseuse, comme c'est la règle pour les ganglions inguinaux de l'adulte. « Nous pensons, disent les auteurs, que la tuméfaction des ganglions de l'aine ne doit en aucune façon entrer en ligne de compte pour le diagnostic des cancers viscéraux. »

L'adénopathie sus-claviculaire est peut-être moins banale que l'adénopathie inguinale : on sait qu'elle constitue le « signe de Troisier ». Elle se montre de préférence dans les cancers de l'estomac.

On l'a rencontrée 24 fois sur 26 cas de cancer des voies digestives ; 17 fois sur 37 cas de cancers viscéraux sous-diaphragmatiques. On peut l'observer dans les cancers de l'intestin, du foie, des reins, des capsules surrénales.

D'après Troisier, « lorsque l'adénopathie sus-claviculaire existe, elle constitue un signe de grande valeur... bien souvent elle permet de déterminer une affection plus ou moins obscure de l'abdomen... elle éclaire des cas désignés sous le noms de cancers latents de l'abdomen. On devra donc toujours explorer les régions sus-claviculaires lorsqu'on se trouvera en présence d'une affection organique de l'abdomen. »

Il y a peut-être quelque exagération dans ces assertions, car l'adénopathie sus-claviculaire peut être tuberculeuse, elle peut être syphilitique, elle peut être d'origine et de nature inflammatoire banales. Bien plus, enfin, elle peut se montrer en dehors de tout cancer viscéral.

Lorsqu'elle existe et qu'elle est cancéreuse, la propagation aux ganglions sus-claviculaires peut se faire par 3 voies :

1° Il peut se produire des lésions cancéreuses dans le poumon ou les ganglions du médiastin et l'on peut suivre les étapes de la lésion qui se poursuit de proche en proche jusqu'au creux sus-claviculaire.

2° Les ganglions et les organes intra-thoraciques peuvent être indemnes, mais le canal thoracique est cancéreux et la lésion se propage de proche en proche par cette voie.

3° Enfin l'infection néoplasique peut se produire sans qu'il y ait de lésions cancéreuses intermédiaires. C'est le mécanisme de l'embolie à distance.

Pour arriver dans ces ganglions, les cellules cancéreuses doivent remonter le courant de la lymphe et franchir les valvules. Mais cette disposition anatomique ne constitue pas un obstacle suffisant à l'envahissement par les cellules néoplasiques. Waldeyer a démontré que les cellules cancéreuses sont douées de mouvements qui leur permettent de remonter le courant de la lymphe. De nombreux auteurs ont montré qu'au niveau du point où se jette le canal thoracique dans le confluent de la jugulaire et de la sous-clavière gauche, la circulation est lente et sujette à de continuelles variations de pression par

(1) De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux. *Gaz. des hôpit.*, 16 mars 1901.

Digitized by Google

suite des mouvements respiratoires et des efforts; enfin certains auteurs admettent (Heller) les contractions rythmiques des vaisseaux lymphatiques. Le même mécanisme peut être invoqué pour la production des adénopathies inguinales à distance.

Ce qu'il faut retenir, c'est que tout ganglion tuméfié chez un cancéreux, ne doit pas être tenu *de suite et à première vue* comme lui-même envahi par le cancer. Il y a des distinctions à faire dans ces adénopathies. COURTOIS-SUFFIT *(Soc. méd., Paris).*

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Névrites et thromboses paludéennes. — M. CHAUVEL. Depuis une trentaine d'années les altérations déterminées par le paludisme sur les tuniques oculaires profondes et les vaisseaux qui les nourrissent, ont été bien étudiées.

Dans la cachexie palustre, on observe des hémorrhagies rétiniennes, parfois de véritables apoplexies, dont l'influence sur la vision varie suivant le siège et l'étendue de ces épanchements sanguins. A côté de ces accidents, s'observent également des lésions du nerf optique, de la rétine, de la choroïde.

Dans un mémoire relatif à ce sujet, M. Galezowski rapporte les observations de quatre malades, entachés de paludisme, qui furent guéris par l'usage de la quinine de névrite optique et de rétinite pigmentaire.

De l'influence des sensations musicales dans l'anesthésie opératoire. — M. LABORDE. Un chirurgien dentiste, M. Drossner, a remarqué qu'en soumettant ses patients à l'anesthésie par le protoxyde d'azote, ceux-ci éprouvaient, pendant le sommeil anesthésique, des troubles psychiques en rapport avec les bruits voisins, notamment les bruits de la rue. Il a pensé qu'en modifiant la cause occasionnelle de la sensation, on pourrait changer la nature du rêve qui en est la conséquence. C'est ce qu'il a fait en adaptant aux oreilles de ses patients les deux conducteurs téléphoniques d'un phonographe, en même temps qu'ils étaient soumis aux premières inhalations du protoxyde d'azote. Au bout d'une minute l'anesthésie se produit; l'opération est faite séance tenante, pendant que continue l'audition musicale. Quelques secondes, une minute après, l'opéré reprend connaissance, et invariablement reconnaît avoir éprouvé des sensations agréables provoquées par l'audition musicale, sans cauchemar, et l'absence de toute perception douloureuse pendant l'arrachement dentaire unique ou multiple.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que, dans un but thérapeutique ou d'atténuation de la douleur, on a fait intervenir la musique chorale ou instrumentale. Moreau de Tours, et plus tard M. Laborde lui-même, l'avaient employée avec des succès divers pour calmer l'excitation de certains aliénés.

Il semble en effet que les vibrations produites par un instrument de musique, surtout lorsque cet instrument est mis en rapport direct avec le patient comme pour le phonographe, ont pour effet de modifier favorablement les centres psychiques du sujet et dans le cas particulier l'action psychique de la substance anesthésiante, en favorisant l'éclosion d'un rêve musical, harmonieux. *(14 mai).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement des douleurs viscérales et intercostales par l'analgésie épidurale. — M. WIDAL. On a obtenu dans ces derniers temps de bons effets dans le traitement de la sciatique et du lumbago par les injections intra-rachidiennes de cocaïne. Or, M. Sicard vient de montrer qu'on pouvait avoir le même succès en injectant la cocaïne dans l'espace épidural, en dehors des méninges, en faisant pénétrer l'analgésique par le ligament sacro-coccygien postérieur, entre les deux petits tubercules du sommet du sacrum, que le doigt reconnaît facilement à travers la peau. Cette méthode ne s'adresse qu'aux douleurs spontanées ne relevant pas de l'intervention chirurgicale. C'est ainsi que M. Widal a vu la douleur disparaître, après injection de cocaïne, chez des malades atteints de sciatique, de névralgie intercostale, d'ulcère de l'estomac.

Pleurésie putride d'origine biliaire. — M. BARTH rapporte l'observation d'une malade, âgée de 30 ans, que l'on peut résumer de la façon suivante: angiocholite infectieuse, ayant débuté comme un ictère catarrhal; suppuration consécutive autour d'anciens kystes hydatiques nécrobiosés; abcès du foie ouvert dans la plèvre droite; pleurésie putride consécutive avec pneumothorax spontané sans fistule bronchique; pneumonie de voisinage; mort. Microbes anaérobies dans l'abcès hépatique, associés au pneumocoque dans l'épanchement pleural.

Tachycardie paroxystique essentielle chez l'enfant. — M. MERKLEN (voir page 340). *(10 mai).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Anesthésie par l'injection intra-rachidienne de cocaïne. — M. RECLUS n'est nullement l'ennemi de la cocaïnisation intra-rachidienne. Certes, elle donne parfois de belles anesthésies, mais il est bon de signaler les accidents légers (céphalées, vomissements, élévation de température) ou graves (syncope prolongée, mort) aux prix desquels on l'achète. Cette méthode a sans doute un certain avenir devant elle; mais sa technique actuelle est encore obscure, et incertaine dans ses résultats; sa supériorité sur l'anesthésie généralisée et l'anesthésie localisée est loin d'être démontrée.

M. SCHWARTZ (voir la communication de M. Schwartz sur le même sujet dans le dernier numéro, p. 313).

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie. — M. ROUX, de Brignolles. Il s'agit d'un homme de 66 ans, d'une bonne santé générale, atteint de

Digitized by Google

rétention d'urine par hypertrophie de la prostate. Les cathéterismes devenant de plus en plus difficiles et impuissants à vider la vessie, M. Roux pratiqua par la voie périnéale la prostatectomie totale. Au cours de cette opération, une faible portion de la paroi postérieure du canal fut enlevée avec la glande. En raison de la profondeur du champ opératoire, on ne put refaire ni suturer le canal : drainage du foyer et sutures superficielles. La glande enlevée pesait 115 gr. ; les lobes droit et moyen étaient plus développés que la gauche, hypertrophié lui-même. Les résultats de cette intervention furent excellents. Aucun rétrécissement du canal ne s'est formé ; le malade vide complètement sa vessie ; les urines sont claires.

ACTUALITÉS

Rois et secret médical

Rois et reines sont gens fort à plaindre. Pour eux pas de secret médical, et quelques journaux trop empressés à montrer qu'ils sont bien informés, publient ce qu'on ne doit pas dire, ce que d'autres, plus soucieux de l'honneur professionnel, hésitent à révéler...

Il était une fois une très belle reine qui avait réalisé un rêve, celui de ceindre une couronne royale, et qui en caressait un autre bien naturel, celui de donner un héritier au trône. Quelques mois après le mariage, soupçon de grossesse, puis annonce d'une prochaine délivrance. L'accouchement n'eut pas lieu, puisqu'il n'y avait pas grossesse. *Rien* de plus simple, et il était également très simple de révéler le fait sans commentaires.

Mais, avec les reines, les choses ne peuvent se passer ainsi. On a dû, paraît-il, proclamer *urbi et orbi*, que l'examen de Sa Majesté était « rendu difficile et imparfait par l'état hyperesthésique de la paroi abdominale et des parties » *(sic)* ; que « le développement du ventre dépendait de la surcharge graisseuse de l'abdomen, de la flatulence et de l'encombrement du tube digestif résultant de la forte alimentation de la malade » ; que l'abaissement du ventre « devait s'expliquer par une diminution fortuite de la flatulence gastro-intestinale » ; que les troubles constatés pouvaient « dépendre d'une cause étrangère à la grossesse (aménorrhée, obésité, congestions, réflexes de troubles utérins concomitants ».

Alors, comme on le voit, le secret est bien gardé, puisque tout le monde le garde. Personne n'ignore, dans tout l'univers, que Sa Majesté a une hypéresthésie de la paroi abdominale et des parties, qu'elle est flatulente, adipeuse, et l'on soupçonne qu'elle souffre de troubles utérins, probablement de métrite.

Eh bien, si cette veuve, au lieu de devenir la femme d'un roi, fût restée la simple épouse d'un ingénieur, on se demande — ou plutôt on ne se demande pas — comment on aurait jugé la divulgation de ces intimes révélations par des journaux médicaux ou autres ; on se demande encore en quoi la discussion de ces questions peut avoir un intérêt scientifique et rehaussor la dignité professionnelle

Rois et reines sont gens fort à plaindre... — H. Huchard.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des blessures de guerre, par les Drs H. Nimier, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin-major de 2e classe. 1 vol. avec 52 gravures dans le texte, 6 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Les blessures de guerre ont des caractères particuliers tenant au milieu spécial dans lequel elles sont produites d'où des conditions spéciales de traitement. Les auteurs commencent par décrire l'aspect d'un champ de bataille, puis le lendemain de la bataille, enfin le taux des pertes, et leur répartition.

Ils étudient ensuite quelle doit être l'action chirurgicale dans chacune des diverses formations sanitaires échelonnées entre le lieu du combat et l'hôpital où doit s'achever le traitement du blessé Ils proposent une série d'améliorations destinées à mettre le service de santé en campagne à la hauteur de la chirurgie et de la tactique actuelles.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux règles du traitement des blessures de guerre étudiées d'abord à un point de vue général, puis d'après les régions du corps. MM. Nimier et Laval ont, pour rajeunir le sujet, mis à profit les nombreuses observations relevées au cours des toutes dernières guerres

Ce volume complète et termine la série des ouvrages que les auteurs ont consacrés à la chirurgie de guerre ; il aura certainement le même succès que les précédents.

Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes, par le Dr Champeaux, chez Baillière, éditeur.

Ce livre est nouveau par l'idée qu'a eue l'auteur de réunir synthétiquement tous les procédés et toutes les méthodes actuellement employés pour l'exploration superficielle ou profonde des organes dans un but de diagnostic.

Dans la première partie l'auteur traite des différents modes d'exploration des organes envisagés d'une manière générale, dans la seconde il étudie les procédés d'exploration employés pour chacun des organes en particulier.

Ce livre pratique pourra être utile aux étudiants et aux praticiens.

Diagnostic et traitement des maladies du nez (rhinoscopie), 2e édition, par le Dr Garel (de Lyon , chez Alcan.

Ce petit volume essentiellement pratique en une sorte de manuel opératoire pouvant servir de guide à l'opérateur dans ses diverses interventions.

La première partie est consacrée à l'anatomie nasale, à la rhinoscopie, à la sémiologie des maladies du nez ; dans la seconde, l'auteur étudie séparément les différentes affections, rhinites, tumeurs du nez et du naso-pharynx, etc., etc. Dans chaque chapitre le traitement tient une place importante.

Ce livre sera très utile au praticien qui n'est pas familiarisé avec la rhinoscopie, et nous en conseillons vivement la lecture.

Digitized by Google

ESQUISSES D'HYDROLOGIE CLINIQUE

Les principales indications médicales de Saint-Honoré

On a pris la facile habitude de cantonner étroitement la station de Saint-Honoré-les-Bains dans la spécialité des maladies respiratoires, et le savant M. Landouzy lui-même n'y a point failli dans la belle conférence qu'il consacrait dernièrement à l'éloge de cette cure thermale, à l'époque du voyage médical, dirigé par lui, aux Stations du Centre.

Assurément, la composition *sulfureuse-arsénicale* de Saint-Honoré (qui n'offre guère, comme analogue en notre pays, qu'Hammam-Meskoutine) désigne, chimiquement, la « perle du Morvan » comme très efficace à la santé des voies aériennes. Mais il serait injuste de s'en tenir, sur la foi des traités, à ces indications un peu bien étriquées. Il faut envisager surtout dans Saint-Honoré une *médication générale*, *totius substantiæ*, un véritable agent hydro-minéral de *recorporation*, suivant la vieille expression, démodée, quoique juste, des anciens cliniciens.

Les effets de l'ingestion de l'eau (toujours bien supportée, même à doses élevées par l'estomac) sont, en effet, des plus marqués et des plus rapides. Ils se manifestent par la suractivité des échanges, l'enrichissement du sang, la tonicité du système nerveux. Cette action complexe s'explique, évidemment, par l'assimilation organique du soufre, de l'arsenic, de la soude et du fer, métalloïdes et métaux trophiques par excellence et régénérateurs.

Après quelques jours seulement de cure *sérieuse*, l'appétit et les forces se trouvent exaltés, même dans les états morbides qui vicient le plus profondément la nutrition générale. C'est ainsi que les dispositions arthritique et herpétique, le lymphatisme constitutionnel, le nervosisme, le syndrôme prémonitoire de la phtisie, etc., sont activement modifiés par la cure thermale. On en obtient aussi d'éclatants succès dans les chloro-anémies des jeunes filles et dans les asthénies constitutionnelles qui font cortège habituel aux métrites et aux autres maladies féminines.

Insistons un peu sur l'arthritisme, diathèse si répandue, et observons combien le bain thermal à eau courante, la douche de pieds, la douche générale, les bains de piscine (si remarquablement *belle* à Saint-Honoré) contribuent à susciter les processus éliminateurs, tandis que l'eau ingérée rectifiera la crase sanguine, en sollicitant les plus bienfaisantes réactions curatives.

Et, quand je parle d'arthritisme, je n'ai pas en vue seulement le *rhumatisme*, avec ses manifestations subaiguës ou chroniques, larvées ou viscérales Je déclare aussi que la *goutte* elle-même (et dans ses formes les plus rebelles) est heureusement modifiée par la cure saint-honoréenne : agissant surtout comme arsénicale et rarement intolérée, lorsqu'elle est dirigée par un praticien compétent (*tous le sont* dans la station), elle a réalisé maintes fois des guérisons inattendues et célèbres.

Saint-Honoré n'est pas moins précieux pour amender le terrain lymphatico-strumeux et préserver d'une tuberculose imminente les héréditaires et les prédisposés. L'action topique des pulvérisations et des inhalations sur les conduits aériens est, depuis des siècles, populaire. Toutes les muqueuses sortent fortifiées de leur contact ; mais l'action des sources fortes (Acacia, Crevasse) s'exerce surtout, avec prédilection, dans les rhinites et pharyngo-laryngites rebelles, qui disposent les diathésiques aux bronchites à répétition et aux pneumopathies graves ; dans les catarrhes pulmonaires, l'emphysème et l'asthme, la dilatation des bronches. En cuirassant, en quelque sorte, les épithéliums des voies respiratoires, Saint-Honoré exerce, sur les poussées morbides ultérieures, une remarquable influence prophylactique.

Dans les dermatoses constitutionnelles, si notoirement rebelles aux meilleures stations thermales, on voit Saint-Honoré éliminer les levains morbides et restaurer promptement le fonctionnement physiologique de la peau, après cicatrisation des lésions humides et détersion parfaite des proliférations anormales.

J'ai dit un mot, tout à l'heure, de la clientèle, si graduellement imposante, des nerveux. Est ce parce que la neurasthénie, ce fléau de notre époque, est de souche volontiers arthritique ? Est-ce grâce à la cure d'air, qui surajoute ses puissants effets à la cure d'eaux, dans ce coin balsamo-ozonisé du Morvan, boisé partout de pins et de hêtres ? Ce qui est certain, c'est qu'on voit, tous les ans, les sujets le plus foncièrement affligés d'épuisement nerveux, revenir guéris ou très améliorés, après trois ou quatre semaines de séjour dans la station. Et ce qui est digne aussi d'être noté, pour le clinicien, c'est la facilité avec laquelle ces délicats supportent une cure énergique dans son ensemble ; alors que tant d'autres s'en déclarent fatigués, les névrosés accusent hautement le réconfort physique et l'équilibre cérébral qu'ils y ont puisés... — Docteur Pol Vernon.

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard a repris (amphithéâtre Laennec de l'hôpital Necker) le *vendredi 10 mai à dix heures précises*, ses consultations de clinique et de thérapeutique, et les *continuera les vendredis suivants à la même heure.* — Présentation de malades ; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'éthérisation

Par Alcée Durrieux
Ancien interne des hôpitaux.

Dès le jour où, pour la première fois, un homme osa, dans un but thérapeutique, enfoncer un couteau dans la chair vivante, le plus grand désir de tous les chirurgiens fut toujours de supprimer ou d'atténuer la douleur du patient. Aussi, lorsque le 17 octobre 1846, Warren, de Boston, put enlever une grosse tumeur sur un malade anesthésié par Morton avec des vapeurs d'éther, sans que le patient eût ressenti la moindre douleur, la science chirurgicale put-elle enregistrer une de ses plus importantes conquêtes. Seul, l'avènement de l'antisepsie, puis de l'asepsie, conséquences logiques des théories pastoriennes, peut-il être mis en parallèle.

Depuis longtemps déjà, des essais d'anesthésie avaient été tentés : l'ébriété alcoolique, le magnétisme avaient été employés, puis le protoxyde d'azote, avait paru l'agent tant cherché, mais les résultats ne répondirent pas à l'attente générale. Les douleurs des opérés étaient à peine atténuées.

Aussi conçoit-on le renom immense qu'eut de suite l'expérience de Warren, plusieurs fois répétée d'ailleurs, avec un plein succès. Tous les chirurgiens se hâtèrent d'expérimenter l'éther et, deux mois à peine après le chirurgien de Boston, Jobert de Lamballe pratiquait la première éthérisation, en France, à l'hôpital Saint-Louis. L'anesthésie était définitivement admise, et la France avait été des premières à adopter le nouveau système. Le triomphe de l'éther paraissait définitif ; et pourtant, quelques mois plus tard, en mars 1847, Flourens devait anéantir sa vogue : il proposait un autre agent anesthésique, le chloroforme, découvert par Soubeiran, en 1830, et qu'il venait lui-même d'étudier longuement. Dès lors, les esprits furent partagés, et chacun des deux anesthésiques eut ses partisans ; mais un mémoire de Simpson, d'Edimbourg, imposa définitivement le chloroforme et rares furent les chirurgiens demeurés fidèles à l'éther.

Depuis, les accidents causés par l'un et l'autre anesthésique, rallièrent successivement certains praticiens tour à tour à l'éther, puis au chloroforme ; certains centres demeurèrent attachés à l'une des deux méthodes, d'une manière presque exclusive, et tandis que l'Amérique et l'école de Lyon, par exemple, conservaient la pratique de l'éthérisation, Paris s'était rattaché définitivement au chloroforme.

Actuellement, les luttes sur ce point, sont beaucoup moins ardentes. Chaque chirurgien adopte pour sa pratique courante l'un des deux agents, mais aucun n'hésite à recourir, le cas échéant, à l'anesthésique qui ne lui est pas habituel.

D'autres corps ont été préconisés : le bromure d'éthyle, la nirvanine, la cocaïne, mais aucun, jusqu'à présent, n'a supplanté l'éther et le chloroforme ; et, bien que les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne soient actuellement à l'ordre du jour, il paraît probable qu'elles seront difficilement acceptées à titre définitif, par la majorité des chirurgiens : appliquée à des cas spéciaux, bien délimités. cette méthode pourra obtenir une certaine faveur, mais elle ne réussira vraisemblablement pas à détrôner les deux grands anesthésiques comme méthode générale.

Une pratique aussi répandue que l'éthérisation mérite donc d'être étudiée. Tout le monde certes, a vu donné l'éther et les grandes lignes de cette anesthésie sont connues de tous, mais il n'est pas inutile de serrer de plus près la question, de connaître un peu plus complètement les effets physiologiques de l'éther, de savoir pourquoi et comment ce corps provoque l'anesthésie : on pourra ainsi pratiquer l'éthérisation en connaissance de cause, surveiller utilement son malade, prévoir les accidents possibles, et éviter des alertes ou des catastrophes.

En effet, si tout le monde est capable d'appliquer sur le visage d'un patient, un masque d'éther, tout le monde ne sait pas éthériser, et un praticien doit connaître toutes les prescriptions, minimes en apparence, mais très importantes en réalité, qui permettent de mener à bien cette opération.

L'éthérisation s'applique à tous les cas chirurgicaux nécessitant une anesthésie générale, et, en cela, elle ne diffère aucunement de la chloroformisation.

Mais l'éther ne peut pas être donné indifféremment à tout le monde, et peut provoquer, chez certaines catégories d'individus, des accidents graves.

Les enfants, qui supportent si facilement l'anesthésie chloroformique, tolèrent mal l'éther : chez eux, la résolution musculaire est moins complète, plus longue à obtenir, et dans la suite, cet agent peut avoir sur leurs voies respiratoires, une répercussion grave.

C'est la même raison qui doit faire proscrire l'éther chez les vieillards ; on sait le danger des affections pulmonaires chez eux, on conçoit donc qu'il faille éviter dans ce cas une méthode capable de provoquer ces terribles accidents.

On conçoit que toutes les tares pulmonaires constituent également une contre-indication absolue à l'emploi de l'éther ; tous les malades atteints d'une affection chronique du poumon, tous ceux même qui ont une affection chirurgicale tuberculeuse et dont les poumons peuvent, par conséquent, recéler des tubercules, doivent être anesthésiés avec du chloro-

Digitized by Google

forme. On empêchera ainsi peut-être ou du moins on ne précipitera pas l'éclosion de quelque phtisie latente. Pourquoi l'éther réagit-il si vivement sur les voies respiratoires? C'est que l'ingestion de ses vapeurs a une action déprimante sur la production de la chaleur animale; il ralentit les oxydations et les combustions organiques : l'oxygène s'accumule dans le sang, mais sans se combiner, l'acide carbonique est produit en quantité beaucoup moindre, et il résulte de ce fait une diminution sensible de la température générale, diminution qui peut atteindre 1° 5; elle est due, répétons-le, non à un refroidissement, mais à une diminution dans la production de la chaleur; quoi qu'il en soit, on conçoit la grande répercussion qu'une telle diminution de température peut avoir sur les voies respiratoires. Elles deviennent le locus minoris resistentiæ, favorable au développement de tous les agents pathogènes.

L'éther provoque une notable hypérémie cérébrale; c'est une raison pour que les artério-scléreux, surtout les vieillards que guette l'hémorrhagie cérébrale, soient endormis au chloroforme, dont l'effet sur le cerveau est exactement inverse.

On voit donc que l'éther est loin de s'appliquer à tous les cas, que les enfants, les vieillards, les tuberculeux, les chroniques de la poitrine ne sauraient y être soumis.

En dehors de ces catégories bien délimitées, il est encore un certain nombre d'individus pour qui l'éthérisation sera dangereuse. Il est bien entendu, qu'il est nombre de cas, où aucune anesthésie ne pourrait être supportée impunément : les cardiaques, sous le coup d'une asystolie, les malades en état d'adynamie profonde, de collapsus, ceux qui présentent des symptômes bulbaires graves, les alcooliques près du delirium, les grands névropathes, ne doivent être soumis à aucune espèce d'anesthésie, et cettte proscription s'étend tout à la fois à l'éther et au chloroforme.

Les nombreuses contre-indications que nous venons de poser à l'éthérisation, paraissent avoir pour but d'en déconseiller l'usage; il n'en est rien et nous croyons que l'éthérisation reste, dans bien des cas, la méthode de choix.

En effet, les travaux de Claude Bernard, de Schiff, d'Arloing, de F. Frank, de Paul Bert ont prouvé que l'écart entre la dose anesthésique et la dose mortelle était bien plus grand avec l'éther qu'avec le chloroforme : cet écart, cette zone maniable, comme l'appelle P. Bert, serait dans le rapport de 12 à 40 pour le chloroforme et l'éther : on voit de suite combien cette plus grande amplitude de la zone maniable de l'éther est précieuse dans la pratique. D'autre part, tandis que les accidents précoces, les syncopes blanches du début, les syncopes cardiaques, sont toujours à redouter avec le chloroforme, elles sont extrêmement rares avec l'éther; or, n'est-ce pas là une des plus grandes appréhensions du chirurgien. Quant aux syncopes secondaires, elles sont aussi beaucoup moins fréquentes avec cet agent qu'avec le chloroforme, et la syncope respiratoire laryngo-reflexe précède toujours la syncope cardiaque, d'un laps de temps assez long : aussi peut-on venir à bout des alertes, rares d'ailleurs, de l'éthérisation, bien plus facilement que des accidents chloroformiques.

L'amplitude de la zone maniable d'une part, la rareté et le peu de gravité habituelle des alertes, sont, croyons-nous, deux facteurs suffisamment importants, pour imposer, dans bien des cas, le choix de l'éther, et notamment, lorsque l'on est forcé de confier l'anesthésie à un aide inexpérimenté. Si, en effet, il y a toute nécessité à faire administrer l'éther par un homme compétent, il est possible, dans un cas de nécessité absolue, de confier l'éthérisation à un novice ou même à une personne étrangère à la médecine, chose absolument impossible avec le chloroforme : et c'est là parfois une supériorité indiscutable de cet agent d'anesthésie.

De même, pour une anesthésie de courte durée, l'éther semble préférable, la menace de syncope se trouvant à peu près écartée : mais il n'en est pas ainsi pour une très longue anesthésie : l'imprégnation éthérique est alors considérable et peut provoquer une syncope tertiaire brusque, ce qui se rencontre à un degré bien moindre avec le chloroforme. Aussi certains chirurgiens ont ils adopté l'anesthésie mixte : ils endorment les malades à l'éther et remplacent l'éther par le chloroforme après le premier quart d'heure. Cette méthode, logique cependant, n'a pas rallié la majorité des praticiens.

Pour en finir avec les indications et contre-indications de l'éther, il nous faut enfin signaler un cas, dans lequel cette anesthésie est à peu près impossible : ce sont les opérations sur la face. La nécessité du masque rend là, en effet, l'éthérisation presque irréalisable; on pourrait alors essayer l'anestésie mixte: on avait autrefois préconisé pour ces cas l'éthérisation par la voie rectale, mais ce procédé n'a pas prévalu.

On administre actuellement l'éther au moyen d'un masque. La compresse roulée, qu'on employait autrefois, a dû être abandonnée à cause du temps considérable qu'exigeait une anesthésie complète, avec ce procédé. Nombreux ont été les appareils imaginés pour l'éthérisation : chacun répondait à certains desiderata que suscitait la pratique de cette anesthésie. Beaucoup avaient pour but de doser la quantité d'éther absorbée ou de titrer la tension des vapeurs d'éther, mélangées à l'air. Les expériences avaient

Digitized by Google

prouvé, effectivement, que l'éther agissait non par la quantité absorbée, mais par la proportion qui s'en trouvait dans l'air respiré : l'action de l'éther dépendait de la tension de ses vapeurs dans l'air inspiré, tension qui règle la proportion existant dans le sang et les tissus. Il semblait donc utile que des appareils pussent désigner le degré de cette tension et permettre de surveiller à chaque moment la proportion d'éther que contenait l'organisme ; mais la plupart de ces appareils, malgré leur ingéniosité, parurent trop compliqués, d'un prix trop élevé, d'un emploi trop difficile et aucun ne prévalut d'une manière générale.

D'ailleurs, à la juste conception du rôle important qu'avait la tension des vapeurs d'éther, succèda un optimisme irraisonné : un assez grand nombre d'accidents chloroformiques mortels avaient donné à l'éther un regain de faveur : on oublia les plus élémentaires prescriptions et les précautions qui découlaient de l'enseignement des physiologistes : l'éther fut décrété inoffensif, quel que fût son mode d'emploi. C'est de cette époque que datent ces masques barbares, comme celui de Wancher par exemple, où un petit cornet de caoutchouc durci, communiquant avec un ballon de caoutchouc s'appliquait hermétiquement sur le nez et la bouche, supprimant tout apport d'air : le sac contenait 100 à 200 grammes d'éther ; les voies respiratoires absorbaient donc un air saturé de vapeurs d'éther, et des doses massives pénétraient dans les poumons. L'anesthésie était rapide, profonde, mais le facies cyanosé du malade indiquait bientôt des symptômes d'intoxication ; des accidents nombreux survinrent, et cette méthode barbare fut vivement délaissée.

Un masque plus simple, plus rationnel, plus humain aussi, proposé par Julliard, rallia la majorité des suffrages, et c'est celui que l'on trouve actuellement dans la plupart des services de chirurgie.

Extrêmement simple, il pourrait au besoin être fabriqué extemporanément avec du fil de fer de la mousseline et un tissu imperméable quelconque. Il se compose essentiellement de deux cerceaux de fil de fer croisés à angles droits, et fixés à leur base sur un cercle de fil de fer, dont un prolongement forme poignée. A l'intérieur de cette carcasse en forme de calotte est appliqué une mousseline ou une flanelle; sur le milieu de cette étoffe on a cousu un tampon chiffonné de même étoffe, formant de nombreux replis. On coiffe extérieurement la monture de fil de fer d'un tissu imperméable quelconque : mackintosh, taffetas gommé, protective, baudruche, caoutchouc, et l'on serre cette enveloppe au niveau du cercle de base avec un second anneau de fil de fer. Tel est ce masque extrêmement simple. Ses dimensions permettent à une assez grande quantité d'air d'y pénétrer, le tampon de gaze du fond retient une quantité appréciable d'éther, mais jamais en proportion exagérée ; d'autre part, le cercle de base, plat, ne s'applique pas si exactement sur le visage du malade qu'il ne puisse y avoir, par place, pénétration de l'air ; d'ailleurs la nécessité d'enlever le masque pour imbiber le tampon, laisse par moments le visage libre, et quelques mouvements respiratoires se font, sans absorption de vapeurs d'éther.

Cette méthode, bien qu'elle ne permette pas d'apprécier exactement la tension des vapeurs d'éther, nous paraît cependant, par sa simplicité et par ses bons résultats, préférable aux appareils de dosage compliqués, et même à la méthode du goutte à goutte pratiquée en Allemagne.

Un point important et d'où peut dépendre le succès de l'anesthésie est d'avoir du bon éther : c'est l'éther sulfurique qui est généralement employé, bien que la plupart des autres éthers soient, à des degrés variables, anesthésiques ; mais cet éther doit être absolument pur et préparé avec un soin particulier, pour le rôle qu'on lui destine ; les éthers impurs risquent d'amener des troubles d'origine toxique, dus à la présence de principes volatiles mal définis et souvent fort dangereux. Mais un éther bien préparé peut se conserver pur beaucoup plus longtemps que du chloroforme ; il s'évapore sans s'altérer. La diffusibilité de l'éther est une cause d'accident que ne présente pas le chloroforme ; en effet les vapeurs d'éther sont inflammables, et lorsqu'elles se trouvent en quantité appréciable dans l'atmosphère d'une salle d'opérations, elles peuvent détonner au contact d'une flamme. Il faudra donc éviter toute lumière à feu libre (lampe, gaz), tout appareil de chauffage ou de stérilisation, lorsque l'on voudra se servir d'éther, et c'est encore là un élément important qui doit faire abandonner cet anesthésique lorsqu'on devra opérer le soir, ou par une température froide, nécessitant du feu dans la salle d'opération.

De même, l'emploi de fers rouges, du thermo-cautère peut-il devenir dangereux, si l'on n'a pas pris soin d'agiter fortement l'air autour du malade, avant de se servir de ces instruments.

Lorsque l'on doit pratiquer une éthérisation, il faut faire étendre le malade sur la table d'opération, ou sur le lit à anesthésie, dans le décubitus dorsal, la tête légèrement surélevée par un drap plié ou un très petit coussin : on veille à ce qu'aucun lien, aucun bouton ne serre le cou ou la ceinture du malade et on a soin de le couvrir chaudement, pour combattre le refroidissement provoqué par l'inhalation d'éther, refroidissement qui, nous l'avons dit, peut atteindre 1°5 d'abaissement de température.

Certains malades, surtout les nerveux, ont une

Digitized by Google

grande appréhension de l'anesthésie, ils sont agités, tremblants, angoissés ; d'autres affectent, au contraire, une insouciance et une crânerie de mauvais aloi. Ce sont là des symptômes moraux importants dont un praticien ne saurait se désintéresser. Il est bon de rassurer ces malades, de les encourager, en un mot, de calmer leur terreur, souvent néfaste pour les résultats de l'anesthésie. On leur recommande de respirer tranquillement, naturellement, de ne pas résister aux premiers effets du sommeil anesthésique. Beaucoup de médecins font compter leurs malades pour régulariser la respiration : c'est là une bonne pratique et l'on a même proposé pour fixer mieux l'attention du malade et atténuer sa résistance, de le faire compter en prenant des nombres élevés, de trois chiffres par exemple, et en les énumérant à rebours, c'est pour eux un léger effort de mémoire accompagné d'aspirations plus profondes, très favorables à une éthérisation prompte et calme.

Le besoin d'apaiser l'effroi et la résistance instinctive du malade, doit faire proscrire les méthodes brusques, les doses massives d'emblée ; on n'en retire aucun bénéfice pour la rapidité de l'anesthésie ; bien au contraire, les quintes de toux, les soubresauts, les mouvements désordonnés du malade se débattant contre la sensation d'asphyxie, entravent l'action de l'éther, et, tout en étant extrêmement pénibles au patient, rendent l'anesthésie beaucoup plus longue.

Il est bien préférable, après avoir protégé les yeux du patient avec un mouchoir, pour éviter le contact direct, très irritant, de l'éther sur la conjonctive, de lui appliquer doucement sur le visage le masque encore vide d'éther ; on le prie de commencer à compter, suivant la méthode que nous avons indiquée, et ainsi le malade s'habitue à respirer tranquillement dans un milieu confiné.

Au bout de deux à trois minutes, on verse quelques grammes d'éther, 10 grammes environ, sur le tampon qui occupe le fond du masque et on secoue fortement celui-ci avant de l'appliquer sur la figure, pour faire tomber l'excès d'éther, dont n'a pu être imbibé le linge; on évite ainsi que des gouttes d'éther ne tombent sur le visage du patient où leur contact serait désagréable, sinon caustique. On approche alors doucement le masque du visage et on le maintient à quelques centimètres au-dessus, de façon à habituer progressivement le patient à l'odeur de l'éther ; pendant ce temps, celui-ci doit continuer à compter. L'étourdissement de la volonté ne tarde guère et dès lors, la première révolte consciente n'étant plus à craindre, on peut verser une nouvelle dose, plus forte (15 à 20 gr.) sur le tampon, et après avoir agité le masque, l'appliquer directement sur le visage, manœuvre qui devra se répéter, toujours la même, jusqu'à la fin de l'anesthésie.

On a préconisé les injections hypodermiques d'atropine ou de morphine (1 à 2 centigrammes, une heure avant l'éthérisation) pour supprimer l'excitation du début, mais on a noté plusieurs fois des accidents, que l'on attribue à l'action déprimante de l'opium s'ajoutant à celle de l'anesthésique. Aussi cette pratique doit elle être réservée pour des cas exceptionnels.

Une fois l'anesthésie commencée, il est nécessaire de la continuer régulièrement en donnant à intervalles fixes des doses égales d'éther (par exemple 5 à 10 grammes toutes les 3 à 5 minutes) sans s'inquiéter de la dose totale ainsi absorbée ; en effet, ce n'est pas, comme nous l'avons dit, la quantité absolue d'anesthésique administré qui est nocive, mais bien la tension des vapeurs dans l'air respiré, en un mot, le dosage du mélange d'air et d'éther. Or, l'administration de petites quantités successives d'éther avec le masque de Julliard, n'amène jamais une tension de vapeurs nuisible, et l'anesthésie peut être ainsi continuée longtemps. Au contraire, si l'on attendait un début de réveil du malade, il se produirait des mouvements qui sont toujours une entrave pour l'opérateur ; on serait amené à donner une dose massive d'éther pour ramener la résolution musculaire ; une forte proportion de vapeurs pénétrerait en masse dans l'organisme et l'on risquerait de produire ainsi un accident. La maxime de l'éthérisateur doit donc être: doses égales à intervalles égaux.

Dès les premières inhalations d'éther, les malades ressentent un picotement à la gorge dû à l'action directe des vapeurs d'éther sur les voies respiratoires supérieures : aussi des quintes de toux convulsive gênent-elles souvent beaucoup le début de l'anesthésie ; ces quintes sont souvent beaucoup plus violentes lorsque l'on pratique l'éthérisation brusque.

Quelquefois les malades, pour éviter les quintes de toux, arrêtent inconsciemment leur respiration : on dit qu'ils oublient de respirer ; il est bon alors de frictionner les dernières côtes au niveau des insertions diaphragmatiques, pour ramener des respirations régulières.

Les vapeurs éthériques excitent la sécrétion de toutes les glandes : les larmes, la salive, les mucosités nasales et bronchiques sont produites en abondance, et de nombreux mouvements de déglutition en sont la conséquence ; de même, la face ne tarde pas à être couverte de sueur. Les expériences physiologiques ont d'ailleurs démontré que la sécrétion gastrique, pancréatique est également augmentée.

Lorsque les vapeurs d'éther ont été absorbées en quantité suffisante, commence une période d'excitation, souvent fort longue, et qui dépasse sensiblement comme durée la période analogue de l'anesthésie chloroformique ; bien naturellement, c'est chez les

Digitized by Google

alcooliques que cette période est la plus violente et la plus longue. Ce sont des troubles dus à l'atteinte des centres encéphaliques qui caractérisent ce moment. On note une exaltation sensorielle considérable, un délire bruyant, loquace; les passions sont excitées et tandis que des crises de rire secouent les uns, chez les autres ce sont des sanglots et chez d'autres encore des accès de fureur ; certains se débattent violemment, cherchent à se débarrasser de la contrainte du masque et le concours de plusieurs personnes vigoureuses n'est parfois pas inutile pour maintenir des malades particulièrement indociles.

C'est, bien entendu, chez les alcooliques et les névropathes que cette période est particulièrement longue et violente. Le pouls est, à ce moment, serré, dur, agité, irrégulier, Le facies est vultueux ; des déviations des traits, du trismus, du nystagmus indiquent la perturbation progressive de l'équilibre fonctionnel.

A cette période d'excitation, qui peut durer parfois 5 à 6 minutes, succède progressivement une torpeur intellectuelle et musculaire ; la protubérance est atteinte par les vapeurs d'éther, c'est le début de l'anesthésie confirmée. Des vertiges surviennent, puis un sentiment de douce béatitude qui se transforme rapidement en une indifférence absolue, suivie d'une obtusion totale des sens et de la perte de contact avec l'extérieur. Les mouvements volontaires sont abolis ; une cessation de toute résistance musculaire succède à la lutte violente du début.

Le visage prend un aspect d'impassibilité absolue, à la rougeur primitive fait place une pâleur accentuée qui se maintiendra pendant toute la durée de l'anesthésie. L'œil est fixe, quelquefois révulsé, avec un va-et-vient latéral très lent des globes oculaires. La pupille dilatée pendant la période d'exaltation est maintenant contractée, immobile et l'état myotique de la pupille est un des symptômes les plus précieux de la régularité de l'anesthésie.

La sensibilité cornéenne persiste très longtemps dans l'éthérisation, aussi sa conservation ne donne-t-elle aucun renseignement utile pour le degré de l'anesthésie : seule son abolition doit-elle éveiller l'attention ; c'est un présage de saturation éthérique.

La sensibilité générale est entièrement abolie, mais les réflexes sont tous conservés.

Le pouls est plein, lent, dépressible, il correspond à une chute considérable de la pression artérielle, phénomène inverse de l'hypertension artérielle, que l'on constate dans la chloroformisation.

La respiration est ordinairement rapide, un peu dyspnéique, bruyante. Le caractère de ce ronflement doit être surveillé: en effet, quand il prend les caractères d'un ronchus, d'un stertor, c'est ordinairement la chute de la base de la langue sur l'orifice supérieur des voies aériennes qui en est cause : il peut en résulter des phénomènes d'asphyxie par occlusion mécanique.

La position de la tête trop penchée en arrière, est à ce point de vue mauvaise, et, notamment, le rouleau placé sous le cou pour faire saillir la région hyoïdienne; de même, les coussins trop gros qui penchent le menton vers la poitrine, sont défavorables; il faut seulement placer, comme nous l'avons dit, sous la tête, un drap plié qui maintienne celle-ci à peu près dans l'axe du corps.

Lorsque l'insensibilité est absolue, que tous les mouvements volontaires sont abolis, la zone maniable est atteinte, le chirurgien peut opérer.

L'éthérisateur doit alors seulement surveiller son malade pour éviter et prévoir les symptômes de saturation, tout en renouvelant, uniformément, à périodes égales, les mêmes doses d'éther.

Un certain nombre de symptômes, que doit bien connaître un bon opérateur, indiquent la saturation et l'imminence d'accidents.

C'est d'abord la face qui devient blême, un peu violacée et qui s'est couverte d'une sueur glacée. La cornée perd sa sensibilité réflexe, et les yeux n'ont plus aucun mouvement associé; certains réflexes, les mouvements de déglutition par exemple cessent, le pouls devient mou, faible, fuyant, la respiration toujours stertoreuse, se fait plus dyspnéique, elle s'embarrasse de plus en plus.

Il est bon, dès lors, d'enlever le masque et de faire respirer quelques instants le malade à l'air libre ; il est bon aussi de commencer certaines des pratiques employées pour lutter contre les accidents de l'anesthésie. Ajoutons qu'avec une éthérisation bien réglée, il est fort rare d'atteindre même ce degré de saturation.

Il est au contraire un symptôme presque normal de l'éthérisation, et qui ne laisse pas d'apporter quelques entraves à l'administration de l'éther. Nous avons dit que, dès le début, les vapeurs d'éther excitaient toutes les sécrétions : les glandes de l'arbre respiratoire n'échappent pas à ce phénomène et de nombreuses mucosités bronchiques viennent gêner assez rapidement la respiration ; elles sont repoussées dans le larynx et viennent s'accumuler avec la salive dans le pharynx, point déclive, dans le décubitus dorsal. Lorsque les mouvements de déglutition sont moins énergiques, ces sécrétions peuvent former un véritable obstacle à la respiration: un bruit caractéristique en est l'indice. L'opérateur doit alors avec des tampons d'ouate ou des morceaux d'éponge montés sur une pince et qu'il aura préparés d'avance, nettoyer l'arrière-gorge pour évacuer les mucosités ; ces tampons doivent être poussés jusque dans le pharynx, pour enlever toutes les sécrétions qui s'y

Digitized by Google

étaient accumulées ; cette manœuvre mérite d'être faite soigneusement, complètement, et d'être répétée assez souvent : on peut pendant ce temps maintenir le masque sur le nez du malade. Pour faciliter l'accès de l'arrière-gorge on pourra, dans certains cas, avec la pince, tirer largement au dehors la langue du malade ; mais cette manœuvre n'est pas nécessaire habituellement, l'anesthésie complète ne s'accompagnant pas de trismus, et elle a le grand défaut d'amener une ulcération de la langue, ordinairement très douloureuse. Si cependant le patient a une tendance marquée à la chute de la base de la langue sur l'épiglotte, et que le relèvement de l'angle de la mâchoire soit impuissant à corriger cet accident, il faut recourir très tôt à la pince à langue.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler comment se pratique le relèvement de l'angle de la mâchoire ; on place les deux pouces, pulpe en avant, derrière la branche montante du maxillaire inférieur, immédiatement au-dessus de l'angle, et on les pousse directement en avant ; ou bien encore, on accroche la face interne, concave, du maxillaire, au-dessous du menton et on l'attire en avant et en haut ; ces deux mouvements ont pour effet de tirer en avant les muscles du plancher de la bouche, et par conséquent la base de la langue. Si les obstacles dus aux mucosités sont fréquents, les vomissements sont très rares (au contraire du chloroforme) : s'ils survenaient chez un malade qui, par exemple, ne serait pas strictement à jeun, il faudrait enlever le masque et mettre la tête de côté, pour éviter l'introduction des vomituritions dans le larynx ; quelquefois, les efforts de vomissements sont l'indice d'un début de réveil ; une nouvelle dose d'éther suffit alors à les arrêter.

Lorsque les symptômes de saturation n'ont pas été dépistés à temps, peuvent survenir des accidents graves ; ils sont dus non à des phénomènes asphyxiques, puisque Cl. Bernard a démontré que le sang artériel conservait sa rougeur et son oxygénation, mais à l'intoxication profonde de l'organisme, et indiquent l'atteinte des centres bulbaires.

La face est absolument cyanosée, le pouls petit, faible, rapide, incomptable, avec des pauses, des arrêts. La respiration est de plus en plus dyspnéique, stertoreuse et embarrassée, superficielles, due seulement à de faibles contractions du diaphragme. Les sphincters se relâchent et la pupille se dilate brusquement et ne réagit plus à la lumière. La situation est alors très grave, et il faut recourir rapidement aux moyens les plus énergiques, pour éviter la syncope respiratoire brusque qui précède toujours dans l'éthérisation, et d'un temps notable, la syncope cardiaque, fait différent de la syncope chloroformique, et qui la rend moins fatalement mortelle.

C'est la respiration artificielle, aidée des tractions rythmées de la langue qui constitue le moyen par excellence pour obvier aux accidents syncopaux. Cette respiration se fait en se plaçant derrière le malade et en attirant ses deux bras alternativement en avant et en arrière ; les mouvements doivent être lents, continus et menés à fond pour donner au jeu du thorax toute son amplitude ; les bras du malade doivent décrire un arc de cercle vertical qui le ramène en avant, puis en arrière, dans un plan horizontal parallèle à celui du corps ; lorsqu'ils sont rapprochés du thorax, il est bon de comprimer latéralement celui-ci, pour provoquer une expiration forcée. Pendant cette manœuvre, un autre aide doit, avec la pince à langue, faire des tractions rythmées synchrones au mouvement des bras, et veiller à ce que le mouvement de traction sur la langue, qui provoque l'ouverture des voies respiratoires, coïncide avec l'inspiration forcée du malade, c'est-à-dire avec le moment où les bras sont étendus derrière la tête, au maximum. Les deux manœuvres doivent être continuées longtemps avec une cadence régulière ; et, comme la respiration artificielle est très fatigante, il est bon de se relayer fréquemment, pour que le mouvement soit maintenu avec toute son amplitude, aussi longtemps que les mouvements respiratoires spontanés ne se seront pas rétablis.

La plupart des syncopes chloroformiques d'origine cardio-pulmonaires, et très graves par conséquent, sont jugulées par ce puissant moyen, on conçoit donc que les syncopes seulement respiratoires de l'éther soient presque toujours curables par cette méthode bien appliquée.

D'autres moyens, moins radicaux, peuvent être employés pour les cas moins graves ; ils visent à amener une excitation des nerfs de la vie organique : l'électrisation, les frictions énergiques de la peau, les compresses bouillantes ou les applications d'instruments métalliques chauds à l'épigastre, les inhalations d'ammoniaque ou de nitrite d'amyle, les injections d'éther ou de caféine, réussissent souvent à arrêter un début d'accident, mais lorsque les symptômes persistent, il ne faut jamais tarder à employer le vrai moyen curatif, la respiration artificielle.

Nous nous sommes étendus longuement sur les accidents de l'éther, car il faut les connaître et les prévoir ; hâtons-nous de dire qu'ils sont très rares, et qu'avec un peu d'attention, surtout en employant le masque actuellement adopté, ils ne surviennent que bien peu souvent.

D'habitude, l'anesthésie est calme, et seuls les obstacles pharyngiens dont on doit débarrasser la gorge, créent une petite difficulté au cours de l'opération.

Lorsque celle-ci est terminée, on enlève le masque et on essuie la sueur du visage pour éviter le refroidissement de l'évaporation. Bientôt la pu-

Digitized by Google

pille se dilate lentement, premier indice du réveil, puis quelques plaintes sont exhalées, quelques battements de paupière, des esquisses de mouvements se dessinent, l'anesthésie est terminée.

Mais le rôle du patricien ne cesse pas là. Il doit veiller à ce que le malade soit très couvert dans son lit, à ce que des boules d'eau le réchauffent, en un mot il doit songer à combattre par tous les moyens le refroidissement dû à l'inhalation des vapeurs d'éther. Car c'est là le grand danger de l'éther. En effet, un malade chloroformé, une fois ramené dans son lit, peut être considéré comme à l'abri de toute espèce d'accident attribuable au chloroforme, sauf toutefois l'ébriété et les vomissements fréquents mais sans gravité, dont sont d'ailleurs presque toujours indemnes les éthérisés; mais ceux-ci sont sous la menace de complications pulmonaires graves.

L'état de moindre résistance produit dans l'appareil respiratoire exalte-t-il la virulence des colonies microbiennes, provoque-t-il une hypérémie, une congestion active ou passive des poumons, des symptômes pulmonaires graves ne tardent pas à se déclarer. Le lendemain, le surlendemain de l'éthérisation, quelquefois plusieurs jours après seulement, une élévation de température, des frissons, un état général rapidement mauvais, indiquent le développement d'une infection : la plaie est nette non douloureuse, c'est de suite à une affection respiratoire qu'il faut songer. D'ailleurs de l'oppression, de la dyspnée, des expectorations ne tardent pas à mettre sur la voie, et l'auscultation confirme l'existence d'une broncho-pneumonie, d'une congestion pulmonaire ou de quelque autre affection aiguë des poumons.

Les progrès de la maladie sont généralement rapides, et une issue fatale est à craindre si le malade a un état général mauvais ou si une tare pulmonaire ancienne vient aggraver le pronostic. Ces complications pulmonaires sont fréquentes et peuvent atteindre les malades absolument indemnes de toute affection respiratoire : mais si on sait les diagnostiquer à temps et si l'on a pris toutes les précautions requises pour en éviter la gravité, il est souvent possible de les guérir. C'est à l'état général qu'il faut s'adresser alors, et tous les stimulants sont bons : l'alcool, les grogs très chauds, le café fort, le champagne doivent être largement employés, les frictions alcooliques générales, les ventouses, les cataplasmes sinapisés combattent utilement les accidents. La caféine et l'éther doivent parer aux accidents cardiaques et les balsamiques sont indiqués à l'intérieur.

Il convient, en terminant, de mettre en regard la valeur comparative de l'éther de celle du chloroforme. Les statistiques, à ce point de vue, n'ont pas grande valeur : la plupart des chirurgiens ne publient pas les accidents d'anesthésie qu'ils ont eus dans leur pratique. D'ailleurs, les accidents pulmonaires consécutifs à l'éther ne sont pas toujours rapportés à leur origine réelle (n'oublions pas que nombre de chirurgiens nient absolument les accidents secondaires de l'éther).

Pour cette raison, le bilan du chloroforme qui, dans presque toutes les statistiques paraît beaucoup plus chargé, n'est peut-être pas, au fond, si disproportionné que l'on pourrait croire avec le bilan mortuaire de l'éther.

Le chloroforme a contre lui les syncopes cardiaques blanches du début, devant lesquelles on est désarmé, et les syncopes assez fréquentes de l'anesthésie confirmée, fréquence due au peu d'amplitude de la zone maniable. Il peut être donné dans tous les cas où l'état général peut supporter l'anesthésie générale, mais il exige absolument un praticien exercé.

Il peut y avoir mort sur la table d'opération, mais on n'a à craindre, avec lui, aucun accident secondaire.

L'éther a une zone maniable bien plus ample; les syncopes sont extrêmement rares, on peut compter les cas de mort survenus au cours d'éthérisations; ces syncopes, toujours respiratoires d'abord, ont une durée suffisamment longue pour qu'on puisse y porter remède utilement.

Enfin, l'éther peut être administré, à l'extrême rigueur, par un aide peu éduqué. Mais nombre de personnes ne peuvent supporter impunément l'éther : les vieillards, les enfants, les artério-scléreux, les tarés pulmonaires ne sauraient être éthérisés sans danger.

D'autre part, si la mort sur la table d'opération est exceptionnelle, les suites sont redoutables et, pendant quelques jours, demeure l'appréhension de terribles complications pulmonaires. C'est donc le tact, l'appréciation personnelle, les circonstances qui doivent dicter le choix du chirurgien.

Quant à l'opinion des malades sur le désagrément comparé des deux anesthésies, elle est absolument variable et c'est, croyons-nous, bien plus le mode d'administration que l'agent anesthésique qui provoque la préférence pour le chloroforme ou l'éther : on ne peut nier cependant que certains malades ne soient absolument réfractaires à l'une ou l'autre anesthésie; et, dans ce cas, sitôt que l'on s'aperçoit de la difficulté du sommeil et du mauvais état de la respiration, le mieux est de recourir immédiatement à l'anesthésique que l'on avait primitivement écarté : on en vient ainsi à cette anesthésie mixte, généralement peu employée, et qui a pourtant bien des arguments en sa faveur.

Digitized by Google

Formulaire du Praticien

Traitement de l'eczéma de l'oreille. — L'eczéma de l'oreille, aigu ou chronique, peut siéger soit sur le pavillon, soit dans le conduit, soit simultanément aux deux endroits, L'eczéma chronique du conduit auditif est d'un pronostic sérieux, car il peut entraîner la sténose du conduit, et déterminer par inoculations secondaires des poussées furonculeuses récidivantes.

A la phase d'irritation de l'eczéma aigu, il faut modérer les douleurs et les démangeaisons, s'abstenir de tout pansement humide et de toute application de médicament dissous dans l'eau. MM. Lermoyez et Boulay conseillent de recouvrir les parties malades de poudre soit de talc, soit d'oxyde de zinc ou d'un mélange des deux :

Poudre de talc	30 grammes
Poudre d'oxyde de zinc	10 —

On fait cette application 3 ou 4 fois par jour et on recouvre de ouate.

Plus tard, quand il y a suintement et productions croûteuses, il faut faire tomber les croûtes avec un corps gras, huile de vaseline ou axonge, laissé en place pendant 24 heures. Puis, lorsque l'eczéma est totalement décapé, on fait des pansements avec de la pommade à l'oxyde de zinc :

Axonge fraîche ou vaseline blanche.	20 grammes
Oxyde de zinc pulvérisé	2 —

que l'on a soin de pratiquer avec minutie si l'on veut obtenir de bons résultats.

Pour éviter le passage à la chronicité lorsque les croûtes cesssent de se reproduire, on protégera pendant quelque temps l'épiderme nouveau avec de la pâte de Lassar :

Vaseline	20 grammes
Poudre d'amidon }	ãã 10 —
Poudre d'oxyde de zinc }	
Acide salicylique	0 gr. 50

Parfois, on pourra se servir de pommades au calomel ou à l'oxyde jaune de mercure au 1/20, à l'ichthyol ou à l'huile de cade au 1/10.

Dans la tendance très nette aux formes chroniques, après nettoyage du conduit, on y introduit une mèche de coton imbibée d'une solution de nitrate d'argent au 1/40 et on bouche le méat avec un tampon de coton sec enduit de vaseline. Lorsque la peau du conduit devient rose vif on se contentera alors de pommades inertes.

Dans certains cas très rares, il faudra avoir recours, et avec précaution en ne laissant que 3 minutes, à une solution de nitrate d'argent au 1/10.

Contre l'eczéma sec du conduit, s'il y a simplement de la desquamation furfuracée, badigeonner 3 fois par jour le conduit avec un pinceau imbibé de :

Huile de vaseline	40 grammes
Menthol	1 —

Ou bien :

Huile de vaseline	10 grammes
Goudron ou huile de cade	1 —

Ou :

Huile de vaseline	20 grammes
Acide salicylique	0 gr. 10

Si les squames adhèrent ou oblitèrent le conduit, les détacher avec 10 gouttes de la solution suivante :

Carbonate de soude	0 gr. 10
Glycérine neutre	10 grammes

On traitera ensuite avec du nitrate d'argent et des corps gras.

Contre l'eczéma sec du pavillon, décaper la peau avec de la ouate imprégnée de la solution suivante :

Savon noir	40 grammes
Alcool à 90°	60 —
Eau distillée	100 —

Recouvrir ensuite avec la pommade suivante :

Vaseline	20 grammes
Ichthyol ou styrax	2 —

La forme séborrhéïque sera traitée avec des pommades soufrées, les rhagades par des attouchements au nitrate d'argent.

Le traitement général consiste en l'hygiène alimentaire, et la médication générale des diathèses. Parfois, l'arsenic rendra de grands services en donnant 1 à 4 cuillerées à café par jour de la solution suivante :

Arseniate de soude	0 gr. 10
Eau de laurier-cerise	50 grammes
Eau	200 —

S. R.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Lotion contre l'urticaire (Gaucher) :

Alcool à 90°	30 grammes
Ether sulfurique	30 —
Chloroforme	30 —
Menthol	0 gr. 10

Electuaire laxatif pour enfants :

Manne en larmes	25 grammes
Magnésie calcinée	50 —
Fleur de soufre lavée	50 —
Pulpe de casse	25 —
Miel	25 —

1 ou 2 cuillerées à soupe dans une tasse de lait chaud contre la constipation habituelle.

3 à 4 cuillerées pour obtenir un effet purgatif. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le Sirop d'œufs. — Dans sa pharmacopée raisonnée Guibourt a donne, sous la rubrique « Sirop albumineux », la formule suivante :

Œufs	n° 10
Eau	45 grammes

Battez, passez à l'étamine et ajoutez :

Sucre	500 grammes
Eau de fleurs d'oranger	24 —
Chlorure de sodium	15 —

Cette préparation était assez fréquemment employée, à titre de fortifiant, dans les maladies dites consomptives, surtout dans la tuberculose ; sa formule fut inspirée par une ancienne observation de Payen (1) qui mettait en relief les propriétés reconstituantes de l'œuf cru.

Il suffit, en effet, de jeter un coup d'œil sur la composition chimique de l'œuf pour comprendre toute la puissance alimentaire de cette préparation dont il constitue la base.

Un œuf de grosseur moyenne privé de la coque et des membranes pèse 54 grammes et contient :

Matières albuminoïdes	6 gr. 95
Graisses	3 — 60
Sels minéraux (Phosphates terreux, fluor, etc.)	0 — 55
Lecithine	1 — 41
Cérébrine	0 — 05
Nucléine (hématogène)	0 — 17

C'est à-dire qu'il offre à l'action digestive, sous une forme simple, des matières albuminoïdes, des matières grasses et des sels ; les albumines y sont en aussi grande proportion et les matières grasses en proportion plus élevée que dans le muscle de bœuf : l'association d'un hydrate de carbone tel que le sucre de canne avec les matériaux constitutifs de l'œuf présente donc tous les caractères d'un aliment complet, pouvant apporter des éléments de formation à tous les tissus, même au tissu osseux, grâce, en partie tout au moins, aux phosphates terreux dont l'œuf contient environ 1,02 0/0.

Mais ce n'est pas uniquement à titre de substance alibile que ce sirop offre pour nous quelque intérêt et il suffit de se rapporter au tableau de la composition de l'œuf pour comprendre tout le parti que la thérapeutique peut en tirer.

L'œuf, et plus spécialement le jaune, n'est pas seulement un analeptique du tissu osseux, c'est en outre et surtout un excitant de la nutrition ; il constitue de plus une des sources les plus riches d'où l'économie animale puisse tirer le fer nécessaire à la réfection de son hémoglobine.

Trois éléments fixent plus particulièrement l'attention :

1° Le fluor ;
2° L'hématogène ;
3° La lecithine.

Bien que le fluor ne soit contenu qu'à l'état de traces dans l'œuf, il est indubitable que des traces de cet élément, si minimes soient-elles, jouent un rôle important dans la nutrition du tissu osseux et prennent une part active à l'élaboration de la dentine et de l'émail.

Les travaux de Bunge sur l'étiologie de la chlorose, sur l'assimilation du fer alimentaire assignent à la protéide ferrugineuse qu'est l'hématogène, une place prépondérante parmi les analeptiques du globule sanguin.

L'étude de l'action physiologique de la lécithine est de date récente.

Administrée à l'intérieur ou par la voie sous-cutanée la lécithine possède la propriété remarquable d'exciter une puissante excitation sur la croissance et sur le développement du cerveau chez les jeunes individus ; ce fait a surtout été mis en évidence par les recherches de Desgrez.

Si l'on admet avec Danilewsky que les maladies du système nerveux sont fréquemment occasionnées par un défaut d'éléments de restitution neoplastique dans la substance nerveuse, on est conduit à chercher dans les maladies du cerveau à relever la tonicité nerveuse affaiblie en introduisant dans l'organisme une quantité plus considérable des principaux éléments névrogènes de la substance cérébrale, éléments parmi lesquels on doit compter la lecithine. L'absorption de 0,20 à 0,30 de cet éther par Danilewsky, à jeûn (de façon à rendre aussi complète que possible l'absorption du médicament et à le soustraire à l'action destructive du suc pancréatique) a eu pour conséquence de relever la nutrition, le sentiment de la personnalité, les forces intellectuelles.

Utilisées en thérapeutique humaine, dans la tuberculose, par MM. Gilbert et L. Fournier, à la dose de 0,10 c. à 0,50 c, par jour, par la voie buccale, ou de 0,05 à 0,10 c. tous les deux jours en injections sous-cutanées, les lécithines ont provoqué une reprise des forces, une augmentation de l'appétit et une amélioration notable de l'état général.

(1) *Journal de chimie médicale*, 1re série, t. VI.

Digitized by Google

La préparation de la lécithine à partir du jaune d'œuf est longue : la purification en est délicate ; de plus, elle est insoluble dans l'eau et ne peut s'administrer que sous forme d'émulsion huileuse. En tenant compte de la forte proportion de lécithine que contient le jaune d'œuf, 8 0/0, de l'état particulier très favorable à son assimilation sous lequel elle s'y trouve, il semblerait assez rationnel d'utiliser, lorsqu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la voie hypodermique, la matière première pour son administration en mettant à profit la propriété que possède la glycérine de dissoudre le jaune d'œuf, propriété signalée autrefois par Sichel.

En formulant ainsi un sirop :

Jaune d'œuf	300 grammes
Eau	60 —

battez et passez à l'étamine avec expression, ajoutez :

Glycérine	300 grammes
Eau de laurier cerise	10 —
Sucre	180 —
Chlorure de sodium	12 —

Faites dissoudre à froid.

On obtient une préparation inaltérable contenant par cuillerée à soupe 0,55 de lécithine.

L'absorption de substances alimentaires riches en nucléines, l'ingestion de jaune d'œuf, par exemple, provoque une augmentation de l'acide urique.

Chez les arthritiques, cette conséquence plutôt fâcheuse ne contre-indique pas l'emploi du jaune d'œuf en introduisant dans la formule précédente :

Quinate de soude	4 grammes

Les recherches de J. Weiss sur l'action de l'acide quinique ont eu pour résultat de prouver *(a)* que cet acide administré à l'intérieur produit une diminution manifeste de la formation d'acide urique, *(b)* que du thymus, aliment nucléinique, substitué dans la ration, toujours identique à elle-même à un poids égal de viande, porte la proportion d'acide urique excrété de 1 à 2,5 environ, mais qu'ingéré après addition d'acide quinique, le thymus reste sans effet : l'association précédente paraît donc logique.

Le sirop de jaune d'œuf ne constipe pas ; son emploi est indiqué dans l'anémie, la faiblesse physique, l'épuisement nerveux consécutif au surmenage intellectuel et chez les convalescents. — A. B.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

La gale chez l'enfant et son traitement. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, la gale est la maladie cutanée parasitaire due à un acarien, le sarcoptes ou acarus scabiei et à un certain point de vue, on observe une certaine analogie entre l'évolution aux divers âges de la vie. Toutefois, chez le jeune enfant, il est certaines particularités à noter utiles à connaître, comme nous le montre une étude récente de M. le docteur Joseph Balmelle (de Villefort, Lozère) (1).

Au point de vue du **siège**, le nourrisson, contagionné par sa nourrice porteuse de lésions psoriques au poignet, montre des sillons et des lésions de grattage aux fesses. La gale peut aussi faire sa première apparition au tronc et aux cuisses, lorsque l'enfant a partagé le lit d'un galeux. Ce siège particulier des lésions acariennes n'empêche pas les localisations classiques de l'adulte aux plis interdigitaux, aux poignets, aux aisselles, aux plis inguinaux, aux organes génitaux, de plus, chez l'enfant, on note la paume des mains, le pourtour des malléoles, le bord interne des pieds.

Berdal a signalé des sillons du côté du menton.

La transmission se fait et par les personnes et par les pièces de vêtement, chemise ou autre, ou de couchage, paillasse, etc., et on a pu voir des enfants récidiver leur gale par suite de la non désinfection de ces objets.

Malgré le doute encore possible, la transmission de la gale des animaux à l'enfant paraîtrait assez probable en certains cas.

En dehors du sillon, lésion élémentaire caractéristique, l'enfant présente au summum des lésions de grattage. compliquées parfois de lésions suppuratives variées, pustules, furoncles, abcès, lymphangites, lésions eczématodes et impétigodes diverses. Ces suppurations, surtout chez les débiles, peut assombrir le pronostic.

C'est chez l'enfant qu'on observe peut-être le plus de ces gales prolongées, chroniques, à éléments polymorphes.

Le diagnostic de la gale, par suite des excès de grattage, ne se présente pas toujours comme une chose facile au premier abord et l'on cite des faits où nombre de diagnostics ont été émis avant le bon.

C'est parfois la confrontation avec d'autres cas familiaux qui vient lever le doute.

Le traitement de la gale chez l'enfant s'inspire de celui de l'adulte, avec quelques précautions au point de vue des frictions, précautions commandées par la délicatesse de la peau chez les jeunes enfants et encore plus chez les hémophiliques ou les cyanotiques.

Actuellement, parmi les méthodes à mettre en œuvre, on a le plus souvent recours à ce qu'on appelle le traitement de deux heures et qui consiste :

1° Première demi heure : savonnage de tout le corps au savon noir et eau tiède de l'enfant entièrement nu.

(1) Contribution à l'étude de la gale chez l'enfant *(Thèse de Montpellier*, 1900).

Digitized by Google

2° Deuxième demi-heure : grand bain avec continuation de savonnage et frictions.

3° Troisième demi-heure : frotte complète de tout le corps avec la pommade d'Helmerich.

Fleur de soufre	50 grammes
Carbonate de potasse	25 —
Axonge benzoïnée ou non	300 —

4° Quatrième demi-heure : grand bain suivi de poudrage à l'amidon.

Chaque partie du traitement doit donc durer le temps indiqué. Une seule séance bien faite peut suffire à la cure radicale, dans un cas récent.

On a proposé (Julien-Descouleurs), l'emploi du baume de Pérou. On en frotte la peau sans bain préalable, pendant 20 minutes. L'onction est gardée toute la nuit sur la peau ; on baigne le lendemain et on poudre à l'amidon.

Voici une formule due à M. le Dr Perrin (de Marseille) :

Huile de camomille camphrée	100 grammes
Onguent styrax	20 —
Baume de Pérou	5 —

Friction assez forte le soir avec la pommade ; le le lendemain matin bain savonneux.

Ainsi traitée, la gale céderait en quelques jours,

Outre sa cherté relative, le baume de Pérou appliqué sur de grandes surfaces à vif aurait amené des intoxications et même des morts chez des nourrissons (Hallopeau).

Il arrive que chez l'enfant, la peau si naturellement irritable est déjà si irritée qu'on doit prendre à cet égard certaines précautions.

On peut utiliser un procédé un peu long indiqué par Dauchez et dont voici le résumé.

Pendant trois jours, bains amidonnés ou gélatineux. Après le bain, lotions avec savon de Panama ; poudrage à l'amidon. Envelopper le corps avec de la gaze imprégnée de glycérolé d'amidon.

Quatrième jour, friction à la pommade de Feulard :

Baume du Pérou	5 grammes
Naphtol	1 —
Axonge	50 —

Pendant 10 jours.

S'il y a intolérance :

Vaseline	40 grammes
Oxyde de zinc	4 —
Eau distillée de laitue	10 —

Lotions chaudes pendant les 15 jours suivants avec une cuillerée à café de vinaigre phéniqué à 1 0/0 dans une cuvette d'eau chaude.

Poudrage au talc et à l'amidon.

Le naphtol semble un peu toxique pour l'enfant. Le pétrole est trop facile à enflammer.

On n'aura pas tout fait même lorsqu'on a pris les soins les plus minutieux pour guérir le petit malade et de sa gale et de ses lésions surajoutées, il faudra empêcher la réinfection par la désinfection de son linge et de sa literie.

Pour l'enfant, il a de plus à surveiller l'entourage d'où peut venir la contagion : parents, frères, sœurs, domestiques, animaux devront être soignés, guéris et en tout cas éloignés dès le premier soupçon. — H.G.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du mal de Pott avec gibbosité. — Cette déformation a pour origine la destruction des vertèbres à laquelle s'ajoute une influence mécanique qui se traduit par l'ulcération réciproque des deux segments rachidiens pressés l'un contre l'autre. Au point de vue thérapeutique, le repos tend à ralentir le progrès d'un foyer tuberculeux, les moyens orthopédiques doivent supprimer la part de destruction souvent très grande qui est l'œuvre de l'ulcération compressive.

Donc deux grandes indications à remplir : chercher le repos du foyer tuberculeux, s'opposer à l'inflexion du rachis qui est la cause principale de l'ulcération compressive intersegmentaire, et il ne faut pas confondre le mouvement d'inflexion avec la pression verticale suivant l'axe du rachis.

Dans le décubitus dorsal, la pression suivant l'axe du rachis qui est la tendance à l'inflexion sont supprimées ; dans la station verticale, le poids des parties supérieures est transmis au bassin par la partie malade, quelle que soit la perfection du corset. Le décubitus horizontal assure le repos, supprime l'influence de la pesanteur et s'oppose à l'inflexion ; le corset s'oppose à l'inflexion, immobilise le rachis, mais n'empêche pas la pression verticale suivant l'axe du rachis.

D'où deux méthodes de traitement, méthode de repos, méthode ambulatoire, qui semblent s'opposer l'une à l'autre ; en pratique il ne faut pas être exclusif, et comme le dit M. Ménard dans un travail remarquable (*Etude pratique sur le Mal de Pott 1900*), on empruntera à chacune une part plus ou moins importante selon des circonstances d'ordres divers.

Méthode de repos. — Elle consiste à tenir le malade couché horizontalement sur le dos, étendu sur un appareil, lit ou gouttière, servant à le transporter ; on le fixe dans cette attitude à l'aide de moyens variés ; on pourra ainsi le transporter au grand air, car il ne doit pas rester à la chambre.

Les indications de cette méthode sont nombreuses ;

Digitized by Google

elle s'impose dans les formes douloureuses observées surtout chez l'adulte et dans lesquelles la marche est intolérable ; le décubitus horizontal soulage bien ces malades.

D'après Ménard, la présence d'un abcès constitue une indication formelle d'appliquer rigoureusement la méthode de repos ; la marche, en effet, est une cause évidente de l'accroissement des abcès qui s'ouvrent plus vite à l'extérieur. Pour espérer la résorption spontanée le malade doit être placé dans le décubitus horizontal.

Chez les malades pâles, amaigris, fatigués, le repos dans le décubitus dorsal amène un changement rapide de l'état général, qui s'améliore sensiblement. Les menaces de paraplégie, la paraplégie constituée sont encore justiciables de la méthode de repos.

A côté de ces indications qui ne sont pas discutables, il en est de relatives.

Au début, par exemple, lorsque la déformation est peu sensible, les symptômes fonctionnels légers, doit-on soumettre le malade au repos? Pour Ménard rienne vaut le décubitus horizontal qui assure le repos du foyer, et peut en atténuer par suite la virulence en même temps qu'il réalise les deux conditions essentielles de l'orthopédie : suppression de l'influence de la pesanteur et de la tendance à l'inflexion.

Plus tard, lorsque la gibbosité est très accentuée et menace encore de s'accroître, le repos couché paraît encore préférable à la méthode ambulatoire, il favorise aussi bien qu'au début l'arrêt de la lésion.

La méthode de repos doit être maintenue jusqu'à réparation du rachis, c'est dire que le malade restera couché aussi longtemps que l'on aura une raison de croire à la non consolidation, et celle-ci n'est acquise que dans le courant de la troisième année. Cette longue durée du traitement est souvent un obstacle à son acceptation, on devra faire tout le possible pour l'imposer.

En outre cette méthode a quelques inconvénients : on peut voir survenir des troubles digestifs ou circulatoires, un embonpoint excessif qui engageront à recourir au corset inamovible, au corset plâtré surtout.

Lorsqu'on met au repos un malade anciennement atteint et chez lequel survient tardivement une paraplégie ou plutôt un abcès, c'est le symptôme même qui réglera la durée du repos.

Il faut revenir à l'attitude couchée lorsqu'on constate cliniquement les symptômes d'une poussée tuberculeuse nouvelle du côté du rachis dans le voisinage ou à distance d'une ancienne gibbosité.

Les appareils de la méthode de repos ont beaucoup varié suivant les chirurgiens; les principaux sont la gouttière de Bonnet, le lit de repos de Lannelongue, le lit de Ménard.

Quelle que soit la variété d'appareil que l'on préfère, la méthode le repos réalise de décubitus dorsal sur un plan horizontal avec une immobilisation non pas rigoureuse, mais suffisante. En maintenant rigoureusement le malade étendu sur un plan horizontal, on se propose de supprimer la fonction propre du rachis ; le décubitus horizontal donne ce résultat en procurant le repos fonctionnel, en faisant disparaître les contractures. Grâce au repos, la raideur se localise davantage sur la partie atteinte du rachis, la souplesse revient sur les deux segments supérieur et inférieur.

Les deux conditions principales : repos, suppression de l'influence de la pesanteur, enlèvent les causes les plus évidentes de l'irritation du foyer, irritation inflammatoire.

La position horizontale sur un plan ne réalise pas complètement les conditions mécaniques cherchées. Ménard modifie la forme du plan de soutien par une cale placée sous le matelas en un lieu convenable, au niveau de la gibbosité commençante dans les lombes, par exemple. Le but cherché, et obtenu, est de rétablir, d'exagérer même la lordose normale, non pas qu'on défléchisse les deux segments dans le foyer de destruction, qu'on les écarte l'un de l'autre. En exagérant l'extension des deux segments rachidiens supérieur et inférieur dans le voisinage du point malade, on remplit d'une manière plus complète l'indication posée, supprimer la cause de l'ulcération compressive.

Lorsque la gibbosité siège à la partie supérieure du dos ou à la région cervicale, un appareil complémentaire devient nécessaire ; la position couchée doit être complétée par une gouttière plâtrée qui se moule sur la face postérieure du dos, du cou, de la tête. Lannelongue conseille, au lieu de la gouttière plâtrée, l'extension continue appliquée sur la tête, mais cette pratique est d'une application difficile.

Méthode ambulatoire. — Cette méthode permet à nombre de malades de jouir de l'air et du soleil alors qu'ils en seraient privés s'ils ne marchaient. Malheureusement, en effet, la méthode de repos n'est pas applicable à tous les malades et c'est alors qu'on a recours aux appareils orthopédiques, qui, s'ils remplissent moins bien les conditions mécaniques du traitement, permettent aux malades de ne pas rester confinés ; aussi peut-on, suivant l'exemple de M. Ménard, appliquer un corset chez les malades dont l'affection se présente sous une forme simple, sans douleur, sans abcès, sans menace de paraplégie.

Les corsets conviennent bien aux malades offrant une taille mince et allongée, ils conviennent peu aux malades gras, ils doivent être rejetés pour ceux qui sont à la fois gras et courts. De même une grosse difformité qui raccourcit notablement le buste, qui

Digitized by Google

a déformé le thorax, diminué son élasticité, rend aussi la confection et l'usage du corset plus difficiles et moins efficaces.

Les meilleurs corsets sont les corsets plâtrés ; les corsets amovibles, qu'on ôte et qu'on remet à volonté, sont d'un fort médiocre usage ; on doit réserver à la période tardive de convalescence, les appareils autres que le corset plâtré inamovible.

Le corset de Sayre est le plus employé, c'est un excellent appareil à condition qu'il soit fait suivant des règles précises, qu'il ait une étendue suffisante.

Quel est l'action du corset dans le mal de Pott ? Il doit maintenir le rachis dans une attitude de lordose, dans le but d'agir sur les parties saines au-dessus et au-dessous du foyer qui est respecté. On cherche à réaliser une lordose sus et sous-gibbeuse.

L'effort justement proportionné n'écartera pas les extrémités segmentaires ; elles resteront en rapport, mais la compression qu'elles exercent l'une sur l'autre du fait de l'inflexion est supprimée. L'ulcération compressive cessera de progresser. Le corset réalise en partie ces conditions, mais pas d'une façon idéale.

En somme le corset doit maintenir le malade dans une attitude telle que l'inflexion soit corrigée à distance de la gibbosité par la lordose compensatrice. Il hâte l'apparition de cette lordose et la maintient. Par ce mécanisme il peut empêcher l'ulcération compressive intersegmentaire.

Il reporte en arrière, vers le rachis postérieur, la transmission du poids des parties supérieures, mais il n'empêche pas cette transmission. Le rachis a pu changer de direction, il conserve son rôle de soutien.

On ne doit condamner ni préconiser exclusivement aucune des deux méthodes; chacune d'elles a ses indications de choix ou de nécessité.

Si aucune circonstance étrangère ne vient modifier la direction rationnelle du traitement, la méthode de repos doit être préférée pendant toute la période active de la maladie ; les corsets plâtrés, puis les corsets en cuir moulé, en silicate de potasse, en feutre, prennent place à la période de convalescence, selon que l'on permet au malade des mouvements dans la position horizontale, puis la marche.

Un mal de Pott lombaire ou lombo-dorsal, traité par la méthode du repos, guérit presque constamment avec un résultat excellent. La gibbosité n'augmente pas ou augmente peu, elle ne devient pas choquante. De plus, l'apparition d'un abcès est peu fréquente, exceptionnelle chez les enfants soumis depuis le début de la maladie à l'attitude couchée.

Toutes les fois que la méthode de repos n'est pas appliquée dans les meilleures conditions ou qu'elle occasionne des symptômes défavorables à la santé générale, on doit recourir à la méthode des corsets, qui, en général, est plus facilement acceptée par le malade et sa famille.

La région la plus favorable au corset est le cou. La marche devra être interrompue de temps en temps pour atténuer les inconvénients de l'attitude verticale. Il en sera de même pour les malades qui après la période de repos commencent à marcher avec un appareil. Cette méthode mixte, association du demi-repos avec le corset convient aux malades porteurs d'une bosse déjà fortement accusée, mais loin de la guérison. Mais la marche avec un appareil sera abandonnée dès que surviennent les complications, abcès ou menace d'abcès, douleurs rachidiennes ou irradiées, paraplégie ou menace de paraplégie.

L'usage prolongé du corset peut avoir des inconvénients, en particulier l'atrophie musculaire, aussi est-il utile d'interrompre parfois l'usage du corset et de lui substituer pour quelques semaines le décubitus dorsal avec les précautions convenables.

Quant au redressement de la gibbosité pottique, c'est, comme le dit M. Ménard, une méthode qui a joui d'une renommée bruyante et qui est déjà retournée à l'oubli,

Le traitement général, dont le but est de rétablir les avantages de la lutte en faveur de l'organisme a une importance considérable. Ses moyens sont tirés de la thérapeutique médicamenteuse et de l'hygiène.

Le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, sont à peu près les seuls médicaments possédant quelque efficacité.

Les moyens de traitement dérivant de l'hygiène constituent la partie essentielle du traitement général; ce sont, l'alimentation, le séjour à la campagne et surtout à la mer. — J.-H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les strychnos africains. — M. Chatin fait un rapport sur un mémoire de M. Bureau, dans lequel cet auteur étudie les strychnos africains et les plantes servant à empoisonner les armes en Afrique.

Ce ne sont pas seulement les strychnées qui fournissent aux indigènes le poison des flèches, mais encore les Apocynées, parmi lesquelles les plus terribles sont les variétés de strophantus, certaines euphorbiacées.

Une simple piqûre, faite avec une flèche empoisonnée avec le jus de ces plantes, suffit souvent pour entraîner une mort rapide.

La reminéralisation appliquée au traitement des rhumatismes chroniques. — Dans ce mémoire, présenté à l'Académie par le Dr Gaube, du Gers, l'auteur a cherché

Digitized by Google

la valeur de la minéralisation physiologique de l'homme sain, en pesant la matière minérale des urines et des fèces, et en déduisant ces poids de ceux des minéraux introduits par l'alimentation dans l'organisme. En comparant le coefficient de minéralisation de l'homme sain à celui des malades atteints de rhumatisme chronique, il a pu reconnaître que chez ces derniers la minéralisation organique était moins élevée, qu'en un mot, il y avait déminéralisation portant sur le tissu fibreux et le sérum sanguin ; d'où l'indication de remplacer les pertes de l'organisme en acide phosphorique, chlorure de sodium, chaux, etc., suivant les indications fournies par l'analyse biologique.

En terminant le rapport qu'il a fait sur ce mémoire, M. A. Robin déclare que M. Gaube a fait à la pathologie et à la thérapeutique une application savante et utile de cette science nouvelle : la minéralogie biologique.

Une épidémie de horse-pox. — M. Hervieu rend compte d'une épidémie de horse-pox, observée à Lusignan (Vienne) par le docteur Moreau. Cette épidémie, qui s'est déclarée au haras de Soubigné, a atteint 170 juments ; les pustules siégeaient surtout à la vulve, à la croupe ; 22 personnes qui donnaient des soins à ces animaux ont été contagionnées aux mains. L'éruption a suivi la marche d'une éruption vaccinale ordinaire : il n'y a eu aucune mortalité.

Un sanatorium pour lépreux. — L'Académie a été consultée en janvier 1901 par le ministre de l'intérieur sur l'opportunité de la création d'un sanatorium privé destiné aux lépreux dans la commune de Rouceux, près de Neufchâteau (Vosges).

Une commission, réunie à ce sujet, reconnaît qu'une fondation de ce genre est d'une réelle utilité, qu'elle ne présente pas d'inconvénient pour les populations voisines, à la condition que l'établissement soit soumis à un isolement rigoureux. — (21 *mai*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De l'ictère acholurique simple. — MM. Gilbert et Lereboullet rappellent qu'ils ont décrit sous ce nom une variété d'ictère chronique, très fréquente, liée à de l'angiocholite chronique, et caractérisée par une teinte subictérique des tissus, l'absence à peu près constante de pigments biliaires dans les urines et leur présence dans le sérum sanguin.

L'ictère acholurique simple constitue une entité morbide bien distincte ; mais son étude clinique permet d'en distinguer une série de types, suivant la prédominance de certains symptômes.

En se basant sur la cholémie, seul symptôme constant, on peut admettre dans l'ictère acholurique simple :

1° Un type morbide offrant le tableau de la cholémie subictérique, ne s'accompagnant qu'exceptionnellement de cholurie légère et intermittente ; c'est le type le plus caractéristique.

2° Un type morbide offrant le tableau de la cholémie anictérique.

Ces deux types peuvent exister sans troubles secondaires. Ils constituent alors plutôt un tempérament (tempérament bilieux des anciens), qu'une maladie, et s'observent avec une très grande fréquence.

Mais souvent aussi à cet ictère acholurique simple se surajoutent des symptômes secondaires, inconstants et variables (dyspepsie, neurasthénie, etc,..), qui sont subordonnés soit à l'angiocholite légère, substratum de cet ictère, soit à la cholémie (anictérique ou subictérique).

La cholémie anictérique simple est une forme latente ou plutôt une suite de l'ictère acholurique simple ; car, dans les antécédents des sujets qui en sont atteints, on retrouve toujours une infection biliaire, à évolution chronique, un ictère aujourd'hui disparu. Seule, la cholémie persiste, trop faible pour s'accompagner d'imprégnation appréciable des tissus et à plus forte raison de cholurie.

L'ictère acholurique simple à forme dyspeptique est fréquent. La plupart des malades, qui en sont atteints, présentent une sorte d'hérédité d'accidents biliaires communs aux membres d'une même famille ; les digestions sont douloureuses, les troubles intestinaux ordinaires (constipation, diarrhée, selles bilieuses ou glaireuses). L'exploration chimique montre dans certains cas l'existence d'un léger degré d'hyperchlorhydrie. L'ictère est loin d'être toujours le même ; tantôt il a une teinte jaune prononcée de l'ensemble du tégument, tantôt la teinte est partielle, limitée à la paume des mains, la plante des pieds, la face, l'abdomen. Les muqueuses sont indemnes, les conjonctives absolument respectées. La face présente une teinte jaune plus ou moins accentuée ; une pigmentation surajoutée se montre dans la région sous-palpébrale. Enfin on note fréquemment du xanthelasma des paupières.

Le serum sanguin est toujours teinté par la bile, tandis que celle-ci fait défaut dans les urines, sauf à de rares intervalles.

L'évolution de la forme dyspeptique de l'ictère acholurique ne présente rien de spécial sous l'influence du régime, les troubles dyspeptiques cessent souvent tandis que l'ictère ne subit qu'une amélioration passagère ; ils sont d'ailleurs susceptibles de reparaître lorsque le malade cesse son régime ou sous l'influence d'une cause occasionnelle. De même, on peut voir survenir chez ces sujets certaines complications de l'ictère acholurique : neurasthénie, hémorrhagies variées, douleurs rhumatismales, albuminurie, etc.

L'hygiène alimentaire constitue la base du traitement de l'ictère acholurique à forme dyspeptique. On imposera successivement au malade les 3 régimes suivants :

Premier régime. — Le malade se nourrira *exclusivement* de lait *écrémé*. Il en prendra de deux litres et quart à trois litres dans les vingt-quatre heures. Il le prendra par petites fractions souvent répétées, et, par tasse à thé, il l'additionnera d'une cuiller à café d'eau de chaux officinale.

Digitized by Google

Il aura recours chaque jour à un lavement évacuateur ou à un lavage intestinal. Il s'abstiendra en tout cas de tout laxatif à prendre par la bouche.

Il appliquera sur la région de l'estomac le *maillot humide*.

Il gardera un repos absolu ou presque absolu au lit ou sur la chaise longue.

Ce régime sera en moyenne suivi pendant deux semaines.

Deuxième régime. — Le malade fera quatre repas par jour : 8 heures; 11 heures; 5 heures; 8 heures.

Au premier et au troisième repas, le malade prendra un tiers de litre de lait.

Au deuxième et au quatrième repas, le malade prendra un potage au lait ou une bouillie au lait d'un tiers de litre (semoule, tapioca, vermicelle, farines diverses, sauf farines chocolatées).

Il prendra des œufs peu cuits préparés sans beurre ni poivre.

Il prendra deux cuillers à café de confitures en gelée (sauf groseilles) ou deux cuillers à entremets de fruits cuits privés de leurs enveloppes (pommes, pruneaux, etc.).

Il prendra deux ou trois biscottes de légumine.

Il prendra un demi-litre de lait comme boisson.

Le lait sera toujours écrémé.

Le malade mettra un quart d'heure pour les petits repas, une heure pour les grands. Il demeurera allongé pendant une heure après chacun des petits repas, pendant deux heures après le deuxième repas, et se couchera immédiatement après le quatrième.

Le malade aura exclusivement recours à des lavements s'il est nécessaire. Il suivra ce régime pendant deux semaines.

Troisième régime. — Le malade fera trois repas par jour : 8 heures; midi; 7 h. 1/2. Il se nourrira avec des aliments choisis entre les suivants :

Viandes blanches : veau, agneau, poulet dinde, lapin.

Poissons légers : sole, merlan, turbot barbue.

Lait. Fromages frais.

Œufs. Crèmes cuites.

Pâtes. Farines. Potages et bouillies au lait.

Légumes cuits (sauf choux, truffes, champignons, oseille, tomates). Potages maigres.

Fruits cuits, confitures, gâteaux secs.

Il mangera peu de pain et seulement de la croûte.

Il boira de l'eau simple, du lait, ou des infusions diverses.

Pendant les premiers temps de ce troisième régime, le malade gardera encore le repos, s'il est possible, après les repas.

Il aura toujours exclusivement recours à des lavements s'il est nécessaire.

Ce dernier régime sera longtemps continué.

A l'action des régimes, on peut joindre l'emploi d'un certain nombre d'agents médicamenteux, et c'est ainsi en particulier que le pansement au bismuth tel qu'il est pratiqué par M. Hayem peut donner d'excellents résultats.

D'autres poudres inertes que le bismuth, d'ailleurs, la craie préparée, le dermatol, soit pris le matin à jeun, soit au moment où éclatent les douleurs, exercent d'excellents effets.

L'emploi du bicarbonate de soude et des eaux alcalines est ici beaucoup plus délicat que dans les autres formes cliniques de l'ictère acholurique, et le plus souvent on guérira les malades sans y avoir recours.

Sur la valeur du sérum antidiphtérique et sur les causes de mortalité des cas de diphtérie hospitalisés au bastion 29 — M. Chantemesse. La question de l'efficacité du sérum antidiphtérique et de l'opportunité de son emploi n'a pas encore cessé d'être discutée.

Quelques-uns ont la tendance à juger de la valeur curative du sérum, uniquement sur le résultat brut des statistiques sans se préoccuper ni de la précocité de l'injection ni de la dose injectée.

La statistique indique-t-elle une légère augmentation de la mortalité, on en conclut que le sérum a perdu de sa puissance.

Telle n'est pas à mon sens la vraie raison de l'augmentation de la mortalité, et si j'en juge par les faits observés dans mon service hospitalier, la cause essentielle de la mortalité diphtérique est dans le retard que l'on met à pratiquer les injections de sérum. Ce retard n'est pas dû à l'indolence des médecins, mais à la crainte déplorable qui leur a été inspirée au sujet des dangers du sérum. Ces dangers, il faut le répéter bien haut, n'existent pas ou sont absolument insignifiants dans l'immense majorité des cas.

Pour ma part, dans mon service de crèche réservé aux tout jeunes enfants atteints de la diphtérie, je ne les ai jamais observés pendant une période de six ans.

En revanche, j'ai vu que les enfants qu'on amenait étaient souvent, au moment de leur entrée, intoxiqués par la diphtérie depuis plusieurs jours et que le nombre de ceux qui avaient déjà reçu du sérum ne dépassait pas 5 p. 100.

Les chiffres de ma statistique sont tout à fait caractéristiques à ce point de vue.

J'ai fait connaître ceux de 1895, qui donnaient 12 p. 100 de mortalité. C'était l'époque qui suivait de près la communication de M. Roux à Budapest et pendant laquelle les médecins pratiquaient volontiers d'assez bonne heure les injections sérothérapiques. Du mois de mars 1896 au mois de mars 1901 j'ai reçu dans mon service 476 petits malades atteints de diphtérie ; 70 ont succombé, soit une mortalité totale de 16,80 p. 100.

Cependant, en ce qui concerne la date des jours où sont morts les 70 petits malades, on remarque que 15 ont succombé le jour même de leur entrée, 29 le lendemain et 12 le surlendemain, c'est-à dire que 56 d'entre eux sur 70 ont été amenés à l'hôpital étant déjà profondément intoxiqués par la diphtérie, trop tard par conséquent pour pouvoir bénéficier entièrement des injections de sérum qu'on leur a pratiquées à leur arrivée. On peut dire que bon nombre d'entre eux auraient survécu si l'on avait institué plus tôt le traitement sérothérapique.

L'observation que j'apporte ici n'est pas un cas isolé. Beaucoup de nos collègues des hôpitaux d'enfants ont fait la même constatation.

Il faut donc redire aux médecins praticiens qu'il est nécessaire, pour guérir presque à coup sûr la diphtérie, d'intervenir avec le sérum dès que s'impose la suspicion de la présence de la diphtérie. Il est dangereux d'attendre toujours, avant de pratiquer une injection de sérum, que

Digitized by Google

le diagnostic soit définitivement confirmé par la clinique ou par la culture bactériologique.

Qu'importe que le diagnostic soit encore hésitant ! Après le nombre immense des injections pratiquées depuis quelques années, on peut dire qu'elles sont sans danger.

Mon observation personnelle me porte à considérer le sérum antidiphtérique, ayant vieilli dans les flacons et contenant de petits flocons de fibrine précipités, comme parfaitement efficace et provoquant des érythèmes *plus rarement* que le sérum frais.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Kystes hydatiques multiples du foie. — M. Schwartz. Il s'agit d'un homme de 25 ans, éprouvant depuis deux ans des douleurs intermittentes dans la région épigastrique, et atteint de 2 kystes siégeant dans les lobes droit et gauche du foie, dont l'un fut ponctionné par M. Chauffard.

Au moment de son entrée dans le service de M. Schwartz, l'examen du malade permet de reconnaître les signes physiques suivants :

A l'inspection il existe une légère voussure de la région épigastrique. La palpation permet d'apprécier nettement le bord inférieur du foie. Il dépasse le bord des fausses côtes de trois bons travers de doigt au niveau de la ligne mamelonnaire et est irrégulièrement découpé.

A droite, il se porte d'abord vers l'ombilic, décrivant une courbe à convexité inférieure, puis remonte brusquement à quelques centimètres au-dessus du nombril pour former une encoche très nette avec le lobe gauche qui descend légèrement oblique en bas et en dehors pour se perdre derrière les cartilages costaux du côté gauche.

La surface hépatique est légèrement bosselée ; on sent à droite une masse arrondie assez volumineuse, à contours relativement bien délimités par rapport au reste de la substance hépatique.

Dans le lobe gauche (coté ponctionné par M. Chauffard), il existe une tuméfaction bien moins délimitée. L'intervalle séparant les deux saillies hépatiques droite et gauche correspond à l'encoche des deux lobes du foie.

En ce point, on peut sentir une troisième bosselure, beaucoup plus petite et beaucoup moins nette que les précédentes.

La consistance du tissu hépatique paraît ferme, sans noyaux indurés. Il n'existe pas de frémissement hydatique ; l'on sent à droite une fluctuation profonde.

La percussion de la région hépatique fait reconnaître que le bord supérieur du foie n'est pas abaissé et qu'il existe bien à son niveau une matité totale descendant aux limites que la palpation a assignées au bord inférieur de l'organe.

La phonendoscopie montre que les tuméfactions reconnues au palper font partie intégrante du foie. En appliquant le phonendoscope sur les zones saillantes du parenchyme hépatique, on arrive à délimiter des zones vibratoires correspondant au contour des trois tumeurs hépatiques.

Tels sont les symptômes physiques reconnus à l'examen du malade ; les symptômes fonctionnels fournis par son interrogatoire sont au contraire à peu près nuls.

Il n'a jamais vécu avec un chien ; il est vrai qu'il mange souvent de la salade.

Il n'a jamais eu ni urticaire, ni dégoût des matières grasses, ni épistaxis, ni douleurs dans l'épaule gauche, ni pleurésie. Les troubles dyspeptiques et douloureux éprouvés depuis deux ans sont les seuls accidents accusés par le malade.

Son état général est d'ailleurs bon ; il n'a ni sucre ni albumine dans ses urines, qui sont en quantité normale.

En somme, le malade est porteur de trois kystes hydatiques certains reconnus par l'examen physique et bien isolés l'un de l'autre.

Opération le samedi 30 mars. — M. Schwartz pratique une première laparotomie latérale à droite, en dehors de la gaine du grand droit, là où la tumeur kystique est la plus saillante. Le péritoine ouvert, il reconnaît le kyste et le ponctionne. Il s'en écoule quelques grammes d'un liquide clair, eau de roche. Puis la poche kystique, y compris la membrane germinative, est incisée ; on en retire avec soin douze vésicules-filles qu'elle renferme. La membrane germinative est décollée et enlevée en totalité ; quelques point de suture au catgut à la Lembert sont placés sur la membrane adventice. Le péritoine est alors refermé et la paroi abdominale reconstituée.

Une deuxième incision est ensuite faite sur le bord gauche de la ligne blanche. Le péritoine ouvert, on tombe sur une seconde poche kystique entourée d'adhérences péritonéales. Le kyste est ponctionné ; il ne s'en écoule que quelques gouttes d'un liquide clair, mais une fois le trocart retiré, un petit jet de liquide s'échappe hors du kyste.

Celui-ci est alors incisé ; il ne contient pas de vésicules-filles ; sa membrane germinative est épaissie, blanchâtre, un peu friable, et semble légèrement altérée. M. Schwartz la décolle et l'extirpe, puis suture la membrane adventice.

Le deuxième kyste enlevé, on sent bomber le troisième kyste que l'on avait diagnostiqué à gauche ; on le fait saillir hors de la plaie abdominale. On sent alors en arrière de lui et accolé à sa paroi une nouvelle poche kystique appendue à la face inférieure du foie et adhérente en bas à l'intestin.

Ces deux kystes sont enlevés par énucléation totale. Quelques points de suture sont faits dans le tissu hépatique pour réunir la plaie opératoire, qui donne un abondant écoulement sanguin, mais ils ne tiennent pas et déchirent le tissu du foie. On arrive cependant à réunir toute la partie droite de la partie d'énucléation.

Plus en arrière encore, on trouve enfin un cinquième kyste, dont les parois sont affaissées ; c'est celui ponctionné par M. Chauffard. Il est aussi énucléé.

Un tamponnement à la Mikulicz avec cinq mèches de gaze est placé dans la plaie d'énucléation, le ventre refermé en partie, et l'on procède au pansement du malade.

Le 9 avril, les drains sont remplacés par une mèche de gaze trempée dans le naphtol camphré. Les jours suivants la plaie se ferme rapidement et le malade quitte l'hôpital Cochin le 29 avril pour aller à Vincennes.

Il revient se montrer le 6 mai et est parfaitement guéri. Le foie dépasse encore un peu le rebord des fausses côtes, mais son bord inférieur n'est plus bilobé. *(8 mai.)*

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 227, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Névralgies et anévrysmes latents de l'aorte

Par H. Huchard, *Membre de l'Académie de Médecine*

I

« Il est peu de maladies aussi insidieuses que l'anévrysme de l'aorte. On ne le reconnaît que lorsqu'il se prononce à l'extérieur ; on peut à peine le soupçonner lorsqu'il comprime quelque organe essentiel et en gêne les fonctions d'une manière grave ; et lorsqu'il ne produit ni l'un ni l'autre de ces effets, souvent le premier indice de son existence est une mort aussi subite que celle qui est donnée par un coup de feu ».

Ainsi s'exprimait Laënnec vers le premier tiers du dernier siècle, et quoique, depuis cette époque, la science se soit enrichie de nouveaux signes de probabilité ou de certitude, par la sphygmographie, par le phénomène de retard du pouls, par l'examen laryngoscopique, par les signes de secousses laryngo-trachéales, enfin par la radioscopie, il n'en est pas moins vrai que souvent encore l'anévrysme interne reste latent, ou plutôt qu'il reste méconnu jusqu'au jour où la rupture de la tumeur révèle un peu tardivement le véritable diagnostic. Alors, il est trop tard pour agir.

Dans la récente édition (1899) de mon *Traité des maladies de cœur et de l'aorte*, j'ai rappelé que les anévrysmes de la portion ascendante ou intra-péricardique de l'aorte, comme ceux de la portion transverse ou crosse (de la limite supérieure du péricarde à la bronche gauche) peuvent être facilement reconnus avant leur apparition à l'extérieur, cela grâce aux symptômes fournis per la compression des organes voisins, très nombreux et divers.

C'est ainsi que, suivant la situation de l'anévrysme à la portion ascendante ou à la portion transverse de l'aorte, on voit survenir assez nettement des signes de compression pouvant mettre rapidement le médecin sur la voie du diagnostic : compressions vasculaires ou cardiaques, artérielles et veineuses, nerveuses et trachéales, laryngées ou bronchiques.

Mais là où se réalisait encore jusque dans ces derniers temps l'affirmation de Laënnec relative à la difficulté et même à l'impossibilité du diagnostic, c'est au niveau de l'aorte thoracique descendante, dans la zone située exactement de la bronche gauche au niveau du corps de la 4e vertèbre dorsale jusqu'à l'anneau fibreux du diaphragme et au niveau de la 10e vertèbre dorsale. Ici, pas de rapports immédiats ou importants avec les divers organes, d'où peu de signes de compression et de troubles fonctionnels ; les tumeurs anévrysmales sont profondément situées, elles ne font saillie qu'en arrière, de chaque côté du rachis, ce qui est rare et tardif d'où l'absence de signes physiques ; elles peuvent donc prendre un volume énorme avant de s'être révélés par aucun symptôme, d'où leur caractère de latence. On peut donc dire que l'aorte thoracique descendante est la *zône latente des anévrysmes méconnus, des erreurs de diagnostic*. Il en est de même souvent pour ceux de l'aorte abdominale, capables d'acquérir un grand développement avant de s'être manifestés par des signes plus ou moins certains.

Or, dans ces diverses régions, certaines douleurs, avec des caractères cliniques très particuliers, permettent, sinon d'affirmer toujours le diagnostic, au moins d'établir une forte présomption en sa faveur. A plusieurs reprises, dans mon *Traité des maladies du cœur*, à la *Société Médicale des Hôpitaux* en 1899, et encore dans mon livre récent *Consultations Médicales*, j'ai insisté sur les caractères cliniques des névralgies anévrysmales, dont l'un de nos élèves, Milanoff, a fait, depuis, le principal objet de sa thèse inaugurale (1900). J'ai cité d'après mon expérience personnelle et celle d'autres auteurs des faits fort intéressants que je vais rappeler, et un exemple récent que je viens encore d'observer m'engage à traiter de nouveau cette question importante de clinique.

Voici l'histoire d'un malade, dont j'ai entretenu, il y a deux ans, la Société Médicale des Hôpitaux,

Un malade, d'une cinquantaine d'années, pâle, défait, amaigri, m'est adressé pour un « état neurasthénique avec palpitations fréquentes et névralgie intercostale gauche, très rebelle depuis plusieurs années ». On avait épuisé inutilement contre les douleurs, les principales ressources de la thérapeutique : antipyrine, phénacétine, quinine, aconitine, injections morphinées, liniments calmants, vésicatoires et pointes de feu. Je remarquai que, pour la marche, cet homme prenait une attitude spéciale, le corps fortement penché en avant et incliné à droite, position dans laquelle il ressentait le minimum de douleur. Dans cette situation, l'exploration de la partie douloureuse ne faisait rien découvrir d'anormal ; mais, dès que je le fis redresser brusquement les douleurs prirent une acuité extrême, jusqu'à la menace d'une syncope, et la palpation me fit alors sentir nettement à la base de la région axillaire, des battements expansifs profonds et très caractéristiques. Le malade m'avait appris qu'il lui était impossible de se tenir dans la station verticale sans éprouver aussitôt une exaspération douloureuse, difficile à supporter. Assis et penché en avant, il souffrait moins, et la position de choix, celle que ses longues

Digitized by Google

nuits d'insomnie lui avaient enseignée comme la plus favorable, était la position couchée sur le ventre. Ce renseignement seul avait suffi pour m'engager à chercher une tumeur anévrysmale dont l'exploration clinique et la radioscopie établirent à la fois le diagnostic et le siège.

Il y a une dizaine d'années, j'eus avec Charcot, une consultation au sujet d'un malade présentant une névralgie rebelle du bras gauche datant de trois années. A cette occasion, notre regretté et éminent collègue, me disait : « Je ne ne connais pas de névralgie plus rebelle que la névralgie brachiale. » Le diagnostic de névralgie anévrysmale ne fut pas d'abord établi, et, quand plus tard j'ai revu ce malade, j'ai manifestement constaté un anévrysme de la sous-clavière qui avait passé inaperçu.

A l'appui de ma communication à la Société médicale des hôpitaux, mon collègue Rendu se rappela l'histoire d'un malade qui souffrait cruellement depuis plusieurs années de douleurs scapulaires à gauche, douleurs vagues, sans aucun point fixe, mal délimitées, ayant envahi toute la région de l'épaule, au point que l'on put croire longtemps à l'existence d'une affection rhumatismale. Un jour, apparut une tumeur pulsatile avec tous les signes physiques d'un anévrysme des artères sous-clavière et axillaire.

En 1871, dans le service de Desnos à Lariboisière, je vis pratiquer avec le gros trocart de Reybard dont on se servait alors, la thoracentèse sur un homme atteint d'un épanchement pleural gauche qui paraissait très abondant, si l'on en jugeait par l'étendue et l'intensité de la matité, par les troubles respiratoires et dyspnéiques. Depuis plus de huit mois, le malade souffrait constamment d'une douleur intercostale très violente dont le siège à la partie postéro-inférieure du thorax et dont la persistance n'avaient pas alors suffisamment retenu l'attention, puisqu'on la regardait comme une simple douleur pleurétique. Après la ponction thoracique qui permit de retirer 1,200 gr. de liquide, le malade fut pris d'une abondante expectoration albumineuse avec phénomènes asphyxiques auxquels il succomba dans la soirée. A l'autopsie, la cavité thoracique gauche était presque remplie par un énorme anévrysme de l'aorte thoracique descendante le long duquel le trocart avait glissé, heureusement sans pénétrer.

Dans l'une de ses leçons cliniques (21 mars 1894) Potain raconte qu'il fut lui-même sur le point de ponctionner un épanchement pleural gauche sur une femme dont l'autopsie démontra l'existence d'une petite quantité de liquide dans la plèvre avec un énorme anévrysme de l'aorte. « Je frémis, dit-il, à la pensée que le trocart de Reybard eût pu rencontrer cette poche anévrysmale au lieu du kyste pleural. »

Je rappelle incidemment ces deux faits, et surtout le premier, pour démontrer que l'existence d'une douleur, anormale par la durée de son siège, ne doit pas être toujours rapportée à la présence d'un épanchement pleural, mais qu'elle doit diriger les investigations vers l'existence d'une tumeur anévrysmale.

II

Dans les anévrysmes de l'aorte abdominale, les douleurs névralgiques doivent également appeler l'attention.

Dans sa lettre sur « la douleur des lombes », Morgagni parle d'un cocher âgé d'un peu plus de trente ans, ayant eu « la maladie vénérienne » et qui, à la suite d'un traumatisme abdominal, fut pris de souffrances si violentes des lombes et du dos, qu'il fut forcé de garder le lit pendant huit mois entiers. On constata bientôt l'existence d'un énorme anévrysme.

Vesale et Baillou puis Laënnec ont signalé ces phénomènes douloureux, sans s'y arrêter, et en 1830. Beatty a rapporté une observation où les douleurs avaient pris une violence extrême (1). Il s'agissait d'un avocat de 33 ans, atteint, en 1823, d'une douleur lombaire sourde attribuée à un lumbago, douleur bientôt étendue « au pourtour de l'abdomen » soulagée par la station verticale, augmentée considérablement par le séjour au lit, et le décubitus dorsal. Malgré l'intensité des douleurs, il ne cessa pas d'exercer sa profession d'avocat, mais un jour, à l'audience, pendant tout le temps qu'il était resté assis, il avait éprouvé des souffrances intolérables qui avaient complètement disparu dès qu'il se leva pour parler et pendant tout le temps de sa plaidoirie. Les douleurs devinrent de plus en plus vives, ressemblant à celle de la colique des peintres, paraissant siéger dans tout l'abdomen au point qu'elles furent attribuées par Andral à une « névrose intestinale » prenant une acuité telle que les « cris du malade s'entendaient dans toute la maison ». Alors, il se jetait à plat ventre, et cette position était la seule qui produisît un soulagement temporaire. La mort survint après 18 mois, et l'on trouva un vaste anévrysme situé sur les piliers du diaphragme.

Ce fait déjà ancien est très important, et il me rappelle deux autres cas que j'ai observés ; l'un relatif à une aortite abdominale avec dilatation consécutive du vaisseau et douleurs abdominales intolérables prises pour une simple névralgie du plexus solaire ; l'autre concernant un anévrysme de l'aorte thoraco abdominale dont l'intensité des douleurs expliquée par son siège entre les piliers du diaphragme a été, pour ainsi dire, une cause de salut pour le malade, puisqu'elle a pu, d'après mes con-

(1) *Dublin Hospital reports*, 1830.

Digitized by Google

seils, arrêter la main de l'opérateur disposé à pratiquer la ponction de l'ascite concomitante.

Stokes, qui a donné une très bonne description de l'anévrysme abdominal, a fait judicieusement remarquer que les souffrances sont surtout intenses lorsque la tumeur occupe un point plus élevé du vaisseau, qu'elles peuvent être parfois assez caractéristiques pour faire diagnostiquer la maladie. Il cite, avec Graves, un cas où elles diminuaient toujours par le décubitus sur le ventre et le côté droit, tandis qu'elles augmentaient beaucoup, au contraire, dans le décubitus dorsal et latéral gauche ; il ajoute, avec raison, qu'elles ne doivent pas être attribuées à l'érosion des vertèbres, cette dernière lésion étant presque toujours indolente et silencieuse.

En un mot, les anévrysmes de l'aorte abdominale, par suite de leur siège, plus que de leur volume, peuvent, comme ceux de l'aorte thoracique descendante, déterminer des douleurs à siège variable et ayant presque toujours une grande intensité : douleurs paroxystiques ou continues, augmentant ou diminuant suivant les diverses attitudes du malade, pouvant siéger dans les régions lombaires ou lombo-dorsales, autour du corps qu'elles étreignent en ceinture avec irradiations horribles au sacrum, sur le trajet des uretères, du cordon spermatique et jusqu'au testicule, ce qui a pu faire croire à tort pendant quelques années, à des coliques néphrétiques, comme on m'en a rapporté un cas.

III

Pour les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, les erreurs ne sont pas moins fréquentes, et parmi les cas assez nombreux qui, depuis plus de vingt ans, ont été soumis à mon observation, je signalerai encore celui-ci, avant de rapporter l'exemple que je viens de voir à l'hôpital et qui fait le sujet de mon observation. A l'âge de 39 ans, l'un de mes malheureux amis souffre pendant plusieurs années d'une douleur singulière, diminuant et disparaissant par certaines attitudes, siégeant dans la paroi thoracique gauche sur le trajet des 4e et 5e espaces intercostaux, douleur attribuée par nombre de médecins consultés, à une névralgie intercostale, à une pleurodynie, à un rhumatisme, à l'angine de poitrine. La douleur cesse après cinq années, et il y a deux ans, il succombait à une hémoptysie foudroyante provoquée bien certainement par l'ouverture d'un sac anévrysmal dans l'arbre aérien. Si l'attention eût été alors attirée sur l'existence et les caractères cliniques des névralgies anévrysmales, on eût pu faire un diagnostic précoce et instituer de bonne heure un traitement utile comme je le démontre par l'observation suivante, rédigée par M. Bergouignan, interne de mon service

G... (Charles), âgé de 46 ans, mécanicien, est entré le 5 mars 1901 à l'hôpital Necker (salle Chauffard, n° 5).

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse ; il affirme n'avoir jamais eu la syphilis, et d'ailleurs il ne porte aucun vestige de cette affection. Pas de paludisme, pas de rhumatisme. Le malade boit un peu (un litre de vin par jour, 3 à 4 apéritifs par semaine). Il y a 18 mois, il a eu la *grippe* et a dû rester couché huit à dix jours (fièvre élevée, frissons, etc.).

Quinze jours après cette grippe, le malade ressentit la première atteinte de ses *douleurs*. Elles atteignirent subitement, dès le début, leur maximum d'intensité et n'ont pas changé de caractère, quoique leur siège se soit un peu déplacé en bas. Situées à l'origine, entre les deux épaules, au niveau des 3e et 4e vertèbres dorsales, ces douleurs consistent en : accès d'élancements intermittents, très rapprochés, avec irradiations aux épaules et surtout à l'épaule gauche. Chaque accès dure une dizaine de minutes. La souffrance est calmée sans être abolie, quand le malade se *couche sur le côté droit*. Deux mois après, le point douloureux descendit quelques centimètres plus bas. Au début, le malade avait de 2 à 3 accès par jour pendant 2 à 3 jours, puis survenant une semaine d'accalmie. Bientôt il y eut 6 à 7 accès par jour pendant 5 jours environ avec des accalmies de 2 à 3 jours seulement.

Depuis un an, le malade souffre tous les jours ; il a une douzaine d'accès par 24 heures, la nuit surtout, et ne peut presque pas dormir. D'autre part, le siège des douleurs est descendu au niveau de la 9e vertèbre dorsale (irradiations en ceinture). Le malade, cependant, souffre encore quelquefois au niveau du point douloureux primitif, entre les deux épaules. Enfin, depuis quatre mois, est reparu un nouveau point douloureux dans le 7e espace intercostal gauche, sur la ligne mamelonnaire. Les souffrances sont très vives, empêchant tout repos, privant le malade de sommeil depuis plusieurs mois et ne permettant un peu d'accalmie que dans le décubitus latéral droit.

Le malade est très grand (1m85) très vigoureux. Légère obésité. Le visage est rouge, les yeux brillants, les pupilles petites. Il ne se plaint absolument que des douleurs décrites antérieurement, et ne présente d'ailleurs que très peu d'autres symptômes.

Le *cœur* paraît un peu volumineux, mais le choc précordial n'est pas exagéré.

Léger *souffle au 2e temps, à la base*, se propageant un peu le long du sternum. (Insuffisance aortique).

La matité de l'aorte est augmentée.

Les *pouls* radiaux, carotidiens, fémoraux sont synchrones entre eux et la systole cardiaque. Pas de retard ni de différence d'intensité d'un côté à l'autre.

Les *tracés sphygmographiques* et cardiographiques ne montrent rien d'anormal. On n'observe que le retard physiologique entre la systole cardiaque et le pouls fémoral. La tension artérielle est augmentée.

En aucun endroit, en avant ni en arrière, on ne découvre de tumeur pulsatile, expansive, de centre de battements ou de souffles. Il n'y a aucun symptôme de compression (autre que les douleurs) du côté des vaisseaux, des voies aériennes, de l'œsophage, des nerfs pneumogastrique, récurrent et grand sympathique. L'examen du système nerveux, respiratoire, digestif, urinaire et génital est négatif.

Sur l'initiative de mon interne, dont la sagacité clinique doit être constatée, le malade a été soumis à l'*épreuve radiographique*. La radiophotographie montre dans le thorax une masse d'on dr

Digitized by Google

en forme de demi-cercle, du volume du poing, se détachant du bord gauche de l'ombre cardiaque et située à la hauteur des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales. Il s'agissait donc, à n'en pas douter, d'un anévrysme latent de l'aorte thoracique descendante, comme le démontre l'image radiographique que je place sous les yeux, et nous avons été mis sur la voie du diagnostic par l'existence, le siège et les caractères cliniques des douleurs thoraciques.

Ce qu'il y a encore d'intéressant dans cette observation, c'est que le résultat rapide du traitement, sous l'influence de l'alimentation lactée et surtout de l'iodure de potassium aux doses progressives de 5, 6 et 8 grammes par jour, associé à 2 grammes de glycéro-phosphate de chaux pour en assurer la tolérance, les douleurs ont diminué d'intensité puis elles ont complètement disparu après six semaines, et cette amélioration a coïncidé avec la diminution de volume de la tumeur anévrysmale, celle-ci ayant subi un retrait de plus d'un centimètre, comme le démontre une nouvelle épreuve radiographique prise il y a quelques jours et que je place encore sous vos yeux. Les faits de ce genre ne sont pas absolument rares, et on a signalé des exemples de guérison d'anévrysmes non syphilitiques par la médication iodurée. Mais, encore une fois, ce qu'il y a d'intéressant chez ce malade, c'est l'existence de ces douleurs caractéristiques qui a permis de penser à un anévrysme resté latent, et de le chercher à l'aide de la radioscopie.

IV

La question des névralgies anévrysmales présente donc un grand intérêt au point de vue du diagnostic, car ce sont là quelquefois les premiers et seuls symptômes sur lesquels l'attention est appelée.

Le siège de ces douleurs est extrêmement variable sans doute. On peut croire, pendant de longs mois, à un simple rhumatisme de l'épaule, à une névralgie intercostale rebelle, à une névralgie thoraco-brachiale. Mais, en analysant bien les symptômes, on peut et on doit arriver le plus souvent à dépister l'anévrysme, parce que l'on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit point de réelles névralgies avec tous leurs sièges habituels d'élection douloureuse. Pendant de longs mois, pendant des années, les malades souffrent jusqu'à l'insomnie la plus rebelle, d'une douleur fixe et unique à l'épaule ou dans la région sus-épineuse, sous les clavicules ou dans la région interscapulaire; ou encore la douleur occupe tout un côté du thorax et la région cervicale ; elle peut être située plus profondément dans la poitrine, partant du tiers supérieur du sternum pour aboutir à la colonne vertébrale, ce qui ressemble d'assez loin à l'angine de poitrine ; elle peut encore envahir le bras, s'étendre le long du cou jusqu'à la partie latérale de tête, comme Stokes en a fourni un exemple, et Greene a remarqué que parfois elle se calme par la compression ; elle peut atteindre les nerfs du plexus cervical et alors produire par action réflexe une contracture des muscles du cou d'un côté, ce qui fait croire à un simple torticolis; d'autres fois la douleur est telle, à l'un des espaces intercostaux qu'elle entrave la respiration, ou encore elle est bilatérale en forme de ceinture, comme s'il s'agissait d'une affection médullaire.

La douleur est souvent gravative ou contusive, rarement elle est franchement lancinante comme dans les névralgies simples; presque toujours fixe dans le même endroit, elle est continue et peu paroxystique.

Les diagnostics les plus erronés et divers ont donc été portés : rhumatisme, simple névralgie intercostale, angine de poitrine, affection articulaire de l'épaule, douleur musculaire ou myalgie, torticolis; puis lumbago, coliques néphrétiques et lithiase rénale, ectopie du rein (lorsque l'aorte abdominale est intéressée), compression de la moelle..., et un jour l'apparition d'une tumeur pulsatile et expansive vient un peu tardivement éclairer sur la vraie nature de la maladie, ou encore la mort arrive inopinément par hémorrhagie foudroyante.

Or, lorsqu'on est en présence d'accidents douloureux, remarquables par leur opiniâtreté et leur longue durée, par leur intensité anormale, quand ils demeurent inexpliqués, lorsqu'ils ont résisté à toutes les médications habituelles, enfin quand ils présentent des caractères insolites (comme leur *fixité* dans un endroit déterminé, et surtout la *possibilité de leur diminution ou de leur exagération par certains changements d'attitude des malades*), alors il ne s'agit pas de douleurs simplement névralgiques, comme on le croit trop souvent, on doit voir là un *signe de probabilité* en faveur de l'anévrysme, et si aucune tumeur n'est encore perceptible, l'épreuve de la radiation devra être tentée pour arriver au *signe de certitude*. Sans doute, cette certitude ne sera pas complète, parce qu'il s'agira encore de savoir la nature de la tumeur du médiastin. Mais, sur l'image radioscopique, on peut déjà voir les mouvements expansifs de l'anévrysme, et il convient de toujours se rappeler que, de toutes les tumeurs intra-thoraciques, ce sont les anévrysmes qui donnent lieu à ces sortes de douleurs très caractéristiques, parce qu'elles se produisent par le mécanisme d'une sorte de martèlement ininterrompu.

Sans doute, il ne faudrait pas croire avec Gendrin, que la douleur est un symptôme constant de l'anévrysme, et la latence absolue d'un grand nombre d'entre eux donne un formel démenti à cette assertion. Mais, assez fréquemment, la douleur, si on sait bien l'analyser, si l'on en étudie bien tous les caractères spéciaux, est un symptôme *révélateur* d'une tumeur anévrysmale restée latente jusque-là.

Telle est la proposition qu'il convenait, non seulement de rappeler, mais aussi d'établir sur des bases nouvelles ; c'est là une vieille question puisqu'elle a été abordée par Morgagni ; il n'était pas inutile de la rajeunir.

Digitized by Google

ÉTUDE CLINIQUE

Du délire dans la gangrène sénile

Par Paul Fabre (de Commentry)
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Ayant sous les yeux depuis cinq à huit mois deux cas de gangrène sénile qui se sont compliqués de délire, j'ai recherché dans les auteurs qui ont traité de la gangrène s'ils mentionnaient ce symptôme et ce qu'ils en disaient.

Ni Fabrice de Hilden, au 16e siècle, ni Denys Fournier, au 17e, ni, au 18e siècle, Quesnay (1) ne parlent du délire dans la gangrène. Dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, il est dit simplement que les affections tristes de l'âme déterminent la gangrène dans les plaies et les ulcères.

Au commencement du 19e siècle, en 1816, dans le *Dictionnaire des sciences médicales de Panckoucke* (2), Hébréard relate (page 338) que les affections tristes de l'âme peuvent aussi produire la gangrène, alors même qu'il n'existe pas de plaie. M. Pépin, médecin de la marine à Cherbourg, a traité, à l'hôpital de cette ville, deux conscrits réfractaires, qui, à la suite d'une mélancolie nostalgique, ont éprouvé des affections gangréneuses des paupières ; le premier de ces malades mourut malgré le traitement méthodique qui lui fut administré ; le second ne guérit qu'après être resté longtemps dans un état de langueur (*Journal de médecine* de Corvisard, Boyer, etc., mai 1812).

Puis Hébréard ajoute : j'ai observé plusieurs fois, chez des aliénés mélancoliques que la gangrène se développe par les causes les plus légères, comme le décubitus habituel sur le même côté, une contusion peu considérable, etc.

Mais dans les cas de Pépin, la gangrène fut consécutive à la mélancolie nostalgique; dans les cas observés par Hébréard chez des aliénés mélancoliques la gangrène, outre qu'elle est également consécutive, est un fait presque banal car il a eté signalé fort souvent. Le décubitus, joint au trouble nerveux et à la diminution des échanges organiques par faiblesse en est reconnu depuis longtemps pour la cause efficiente.

En 1872, un des auteurs qui ont le plus fait pour l'étude de la gangrène, Maurice Raynaud (qui des 1862, avait soutenu une thèse classique sur l'*asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités*) a parlé du délire de la gangrène dans les trois passages suivants (1). Les symptômes généraux peuvent être nuls lorsque la gangrène est très circonscrite ou superficielle et qu'elle n'atteint que des organes non essentiels à la vie. Il n'en est plus de même lorsque la gangrène est vaste, qu'elle revêt un caractère septique et qu'elle intéresse des organes importants. On doit distinguer deux périodes : celle qui correspond à la formation des eschares, celle qui correspond à leur élimination.

Dans la première période, ce qui domine, ce sont les symptômes de l'adynamie : profond abattement physique et moral, fièvre rémittente ou subcontinue, fréquence et petitesse du pouls, altération des traits, teinte terreuse de la peau, insomnie, agitation, quelquefois délire, anorexie profonde, diarrhée fétide, hoquet qui, lorsqu'il survient, est du plus fâcheux augure. A cet ensemble on reconnaît immédiatement les traits caractéristiques de la septicémie. C'est bien en effet une septicémie véritable, et l'on peut l'expliquer facilement par ce fait que les parties mortifiées versent incessamment des éléments putrides dans le torrent circulatoire ; aussi les phénomènes de dépression sont-ils plus prononcés peut-être dans la gangrène humide.

M. Raynaud, comme on le voit, ne parle de délire que dans les cas de gangrène étendue et revêtant un caractère septique (p. 629).

Quelques pages après, Maurice Raynaud nous dit : « Lorsque la gangrène n'est pas très étendue, elle n'exerce pas sur la constitution une trop pernicieuse influence, à moins que la violence des douleurs ne détermine une réaction fébrile; alors la peau devient chaude, le pouls s'accélère, le malade est en proie à une vive agitation, souvent à du délire ; l'insomnie est absolue. » Mais ici il ne s'agit pas que d'un délire fébrile.

Un peu plus loin, M. Raynaud ajoute (page 635) : « Il est encore une autre forme de gangrène qui appartient exclusivement aux vieillards, et sur laquelle Despaignet a beaucoup insisté : c'est celle qui se lie aux inflammations des vaisseaux capillaires périphériques, comme on les observe fréquemment chez les vieux goutteux : elle coïncide habituellement avec le ramollissement cérébral. Ici les symptômes généraux précèdent toute manifestation locale. Le malade est frappé d'une adynamie profonde ; la langue est très sèche, la dyspnée prononcée, le délire est fréquent. »

Paul Spillmann, en 1880 (2), divise les symptômes généraux de la gangrène en phénomènes de réaction et phénomènes d'intoxication : — « les phénomènes

(1) Traité de la gangrène, 1749. Traité de la suppuration, 1770. Précis de la suppuration putride, 1776.
(2) T. XVII. p. 314-340. Article : *Gangrène.*

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dirigé par Jaccoud. T. XV, p. 692-717. Article : *Gangrène.*
(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, de Dechambre, 4e série. T. VI. Article : *Gangrène*, p. 653-699.

Digitized by Google

de réaction sont généralement nuls... Plus tard surviennent d'autres symptômes généraux qui se présentent surtout dans les gangrènes avec putridité. C'est généralement l'adynamie qui domine; les malades sont abattus, hébétés; les traits sont altérés, la langue est sèche, la peau a une teinte terreuse, le pouls est petit, mou, fréquent; la respiration accélérée; la température est élevée; de plus, il y a de l'anorexie, des vomissements, souvent du météorisme, une diarrhée fétide, sanguinolente, cholériforme, accompagnée de sueurs profuses: en un mot, les malades se trouvent dans un véritable état de collapsus. Parfois le système nerveux lui même accuse sa souffrance par de l'insomnie, de l'agitation, du délire. »

Et c'est tout.

Cependant, dans son travail classique sur les *gangrènes spontanées* (1), Victor François a noté le délire dans 11 observations sur 49 qu'il relate; mais sauf dans un ou deux cas, il s'agissait d'un délire fébrile ou dû à l'affaiblissement extrême du malade; mais dans aucun cas François a paru attacher de l'importance à ce délire, et il n'est pas entré dans de grands détails.

Le Dr Edouard Rondot, dans sa thèse d'agrégation sur les *gangrènes spontanées* (Paris, 1880) ne signale rien de spécial au délire, non plus que le Dr Félix Bourrelly, dans sa thèse sur *l'asphyxie locale des extrémités, considérée comme symptôme* (*Thèse de Paris*, 1887), ni Félix de Viville dans sa *contribution à l'étude des gangrènes des pieds d'origine nerveuse* (*Thèse de Paris*, 1888).

On voit combien, au point de vue du délire dans la gangrène sénile, les maîtres de la science se sont jusqu'ici montrés peu riches, on peut même dire se sont montrés chiches, en renseignements !

Ce n'est que le 6 janvier dernier que l'on trouve dans le *Lyon médical* (2) une intéressante communication, faite à la Société de Médecine de Lyon, par M. le Professeur Lépine, intitulée *Délire dans la gangrène*, et sur laquelle je reviendrai après avoir relaté mes deux observations personnelles.

Observation I

Délire hypocondriaque. — Lypémanie chez un vieillard atteint de gangrène des orteils.

U. B.., âgé de 77 ans, entre à l'hôpital de Commentry, le 13 juillet 1900, pour une plaie du 5e orteil droit. La phalangine et la phalangette sont tombées, à quelques mois d'intervalle. Une quinzaine de jours après son entrée, l'os de la seule phalange qui reste (phalange métatarsienne) se détache, sans le moindre effort, à l aide d'une pince à pansement. Cet homme, ancien ouvrier de la Compagnie des mines de Commentry (mais qui n'a jamais travaillé dans les galeries du fond) vit misérablement dans un hameau du voisinage. Il est veuf depuis 3 ans, sans enfant et souffre de son pied droit depuis le 1er janvier, date où il dit avoir été blessé au *talon* par son sabot. Quand au 5e orteil il prétend qu'il n'y avait là que des cors.

La phalange unguéale du 4e orteil présente une surface enflammée, violacée, douloureuse L'ongle est entouré d'une phlyctène, surtout vers la racine. La dernière phalange du 3e orteil est d'un rouge moins foncé.

Vers le milieu du mois d'août, l'ongle du 4e orteil se détache. L'ongle du 3e orteil est prêt à tomber. L'odeur du pied est fétide; cet homme indisciplinable s'obstine à tenir son membre inférieur droit en dehors du lit, le genou en flexion forcée. Mes essais pour maintenir le membre dans l'extension sont infructueux. Au bout de quelques instants, et au plus au bout d'une heure, U. B... met toute la salle de l'hôpital en émoi et on est obligé, par pitié pour les autres malades, de le laisser placer son membre dans la position qu'il préfère (la flexion forcée avec le talon comme point d'appui).

Dans la seconde moitié du mois d'août, U. B... devient triste, mélancolique; il demande à mourir, refuse de prendre le moindre médicament de peur d'être empoisonné. Il repousse même le vin de quinquina. Il a de l'insomnie. Pendant plusieurs jours U. B... ne veut accepter presque aucun aliment. Il demande qu'on le laisse mourir sans le tracasser. Il se plaint constamment.

Il a de la diarrhée pendant plusieurs jours, sur la fin d'août; vers ce moment le talon droit sur lequel il s'obstine à s'appuyer commence à présenter une eschare, et à ce moment seulement je puis obtenir, pour quelques jours à peine, qu'il repose sa jambe, ou mieux son mollet, sur une table de nuit garnie d'un coussin, laissant le talon dans le vide; c'est là d'ailleurs la seule concession qu'il consente à me faire, car U. B... reste toujours intraitable au point de vue de l'absorption des médicaments et même de l'alimentation. Il ne parle que d'en finir avec la vie.

Le 15 septembre, l'ongle du 3e orteil s'est détaché depuis quelques jours; celui du 2e orteil ne tarde pas à faire de même. Enfin l'ongle du gros orteil a commencé en décembre à s'entourer d'une aréole inflammatoire, et, le 2 février, il tombait à son tour. Puis la peau de la face dorsale des deux phalanges, devenait violacée, finissait par se sphacéler, laissant à nu un vaste ulcère qui n'est pas encore cicatrisé, aujourd'hui 17 mars.

Au mois d'août l'analyse des urines n'avait révélé ni albumine, ni sucre; en octobre, l'analyse fut également négative. La jambe droite était cependant très tuméfiée.

En novembre, je trouvai non du sucre mais de l'albumine en quantité notable. Les deux membres inférieurs étaient très œdématiés, mais surtout le droit. Je prescris le régime lacté, autant qu'il était possible d'y soumettre ce malade rétif, et je fais faire des frictions prolongées

(1) *Essai sur les gangrènes spontanées*, ouvrage couronné en 1850 par la Société de médecine de Bordeaux. Paris et Mons 1832.

(2) N° 1, 1901, p. 29.

Digitized by Google

sur le membre avec de la teinture de digitale mélangée à du baume de Floraventi.

L'albumine avait disparu une quinzaine de jours après. Au commencement de février, je constatais encore une petite quantité d'albumine dans les urines, mais au bout de quelques jours, il n'y en avait plus de trace.

Le bas de la jambe droite seul reste enflé, U. B... est devenu plus raisonnable; il espère guérir; sa lypémanie s'est dissipée; mais il s'entête à rester couché en travers de son lit, la tête presque dans le vide et la jambe droite pendante, tandis que la jambe gauche, dont le pied est constamment froid et sec, s'appuie sans cesse sur la table de nuit. Cet homme n'a, paraît-il, jamais fait abus d'alcool. Il a toujours été au contraire d'une sobriété plutôt exagérée. Le cœur ne présente aucun trouble fonctionnel, sauf un peu de faiblesse dans les battements. Et à part un peu de surdité, l'état de U. B... serait normal, car il semble ne plus guère croire aujourd'hui, qu'on veuille l'empoisonner.

Observation II

Délire aigu avec hallucinations chez un vieillard atteint de gangrène sèche du pied gauche

G. D..., cocher voiturier, âgé de 68 ans, pas alcoolique (1), est un père de famille très rangé, qui comme antécédents pathologiques ne mentionne qu'une forte contusion reçue à l'épaule gauche, il y a trois ans, et un coup de pied de cheval au bas de la jambe gauche, au-dessus de la malléole interne, en octobre dernier.

A l'auscultation du cœur, je constate quelques intermittences. Le pouls bat 64 à 66 fois avec 8 à 10 intermittences par minute, à la date du 18 décembre (2). Il n'y a ni albuminurie ni glycosurie. La température est normale.

Du 2 au 6 novembre 1900, d'après les renseignements que m'a donnés le Dr Ruelle, dans le service duquel était le malade, et qui lui donnait habituellement ses soins, G. D... a eu une lymphangite du membre inférieur gauche partant du 5e orteil. Le 13 novembre, G. D... a cessé tout travail, car il souffrait horriblement de son pied gauche. On ne trouvait cependant qu'une légère ulcération entre le 4e et le 5e orteil.

Les jours suivants, on fait des pansements à l'iodoforme. G. D.. reste couché, mais les douleurs persistent, et vont augmentant. Il ne peut plus dormir. A partir du 15 décembre, les douleurs deviennent épouvantables, surtout à la face plantaire du pied gauche au niveau de la tête du 5e métatarsien. Vers le 20, G. D... commence à délirer. Chaque nuit désormais, il réveille tout son monde et même les voisins par des chants, par des cris; il demande à tue-tête qu'on le délivre des malfaiteurs qu'il aperçoit au pied de son lit, et dont il entend les menaces; il se débat violemment, puis se remet à chanter.

Les hallucinations de la vue et de l'ouïe se continuent pendant trois semaines. Le 29 décembre, les douleurs dans le pied étaient telles, qu'il avait ameuté tout le voisinage. Appelé en toute hâte, j'arrive (1) en même temps que le Dr Ruelle, et nous décidons de lui faire des injections calmantes. A la face plantaire, je lui fais une injection de chlorhydrate de morphine de 0 gr. 03, et comme la douleur et l'agitation persistaient, je pratique, un quart d'heure après, une injection d'éther sur la face dorsale vers le 4e espace intermétatarsien où la douleur était le plus intense.

Quelques jours après, le 5 janvier, je trouvais une teinte sombre sur toute la partie externe du pied droit. A l'endroit où avait été faite l'injection éthérée, qui cependant avait été superficielle, l'épiderme était violacé. Les deux derniers orteils étaient froids, les douleurs atroces.

Je prescris des frictions alternativement stimulantes et calmantes avec les deux liniments suivants :

1. Teinture de benjoin.....	20 grammes	
Baume de Floraventi.....	60	—
Alcoolat de lavande.....	30	—
M. s. a.		
2. Extrait de belladone.....	}	
— jusquiame.....	}	aa 10 grammes
Laudanum de Sydenham.....	}	
Baume tranquille.....	100	—
M. s. a.		

Comme médicament interne, j'ordonne une potion éthérée, additionnée d'eau de laurier-cerise et d'opium (dix centigrammes d'extrait pour 24 heures). De plus je prescris du chloral en lavement, et on arrive enfin à procurer un peu de calme; le délire et l'agitation diminuent, puis on obtient un demi-sommeil.

Le 2 février, les 4 derniers orteils sont noirs et le gros orteil commence à devenir violacé. Le 10, le sillon d'élimination est formé. Le gros orteil est à son tour devenu noirâtre; la région métatarsienne présente quelques phlyctènes, surtout vers le bord interne du pied. Les 4 derniers orteils commencent à se momifier.

Le malade chante encore de temps en temps, mais n'a plus d'hallucinations, et les douleurs sont très atténuées.

Le 17 mars, la moitié antérieure du pied est noire, presque complètement sèche. Il s'est même produit depuis quelques jours une nouvelle plaque noirâtre vers le bord interne du pied, juste au delà du sillon d'élimination. Le pouls bat 68 à 72 fois par minute. G. D... ne chante plus, il dort assez bien. La langue est sèche avec enduit noirâtre, l'appétit est bien diminué. La température axillaire

(1) Pour un cocher, chose remarquable! Voici quelle était sa ration journalière de boissons alcooliques. Tous les matins à la suite d'une tasse de café, il prenait un petit verre de rhum gentiané (un litre par mois, jamais plus m'affirme-t-il, ainsi que son entourage). Aux repas un litre de vin par jour, pour l'homme et la femme. Il n'allait jamais au cabaret.

(2) Aujourd'hui, 17 mars, je compte le même chiffre d'intermittences, avec 72 pulsations par minute, et une température axillaire de 38°,8.

(1) Car je suis voisin du malade, et je savais que le Dr Ruelle allait s'absenter. En effet, mon confrère me quittait quelques instants après pour prendre le train.

Digitized by Google

marque, à 2 heures de l'après-midi, 38°8. Il y a un peu de constipation; je conseille vingt grammes d'huile de ricin pour le lendemain. L'odeur exhalée par le pied est affreuse, caractéristique de la gangrène. G. D... fume encore quelques pipes (40 grammes de tabac par semaine). Le calme et l'intelligence sont complets.

Réflexions et conclusions. — Voici donc deux cas de gangrène qui ont été accompagnés de délire. Dans l'un, ce fut un délire mélancolique, lypémaniaque; dans l'autre, il y a eu un délire aigu, avec agitation et hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Mais, ni chez l'un, ni chez l'autre, le délire n'a persisté, ni l'un ni l'autre n'étant alcoolique.

Dans les deux cas que Lépine (de Lyon) a cités (voir le *Lyon médical* du 6 janvier) il s'agit aussi de deux vieillards; l'un de 65 ans, légèrement alcoolique, et qui eut un violent délire pendant 8 jours après la chute totale des orteils; l'autre, également un peu alcoolique, et qui a les allures d'un dément, n'a pas eu de chute des orteils, mais il s'est mis à délirer brusquement d'un délire d'abord bruyant puis tranquille (1).

Le Dr Vincent, chez un malade, âgé de 77 ans, atteint de gangrène sénile a observé du délire mélancolique avec idée de suicide (2).

Sans vouloir essayer de préciser la pathogénie du délire dans la gangrène sénile, et dans la gangrène des extrémités, je crois qu'il faut admettre que ce délire est d'origine différente suivant les cas.

Il peut provenir soit de troubles de la circulation cérébrale, dus à de l'artério-sclérose, soit de troubles de nature septicémique (par résorption des produits du sphacèle), soit encore de l'épuisement nerveux dû à l'excès de la douleur.

Chose curieuse, chez nos deux malades, le délire a eu à peu près la même durée; il ne s'est pas prolongé au-delà de trois semaines, au bout desquelles il y eut du calme, sinon de l'amélioration.

Formulaire du Praticien

Traitement du prurit vulvaire. — Le prurit vulvaire qui survient à la ménopause chez les arthritiques, goutteux, brightiques est surtout nocturne et difficile à guérir. On pourra user d'applications chaudes de sublimé au millième, de chloral au centième, de badigeonnages de cocaïne. A. Robin et Dalché (*Traitement des maladies des femmes*) conseillent des compresses imbibées de la solution de Gowland.

Bichlorure de mercure.....	ãã 0 gr. 10 à 0 gr. 20
Chlorhydrate d'ammoniaque..	
Emulsion d'amandes amères..	200 grammes

Champetier de Ribes emploie le sublimé au 1/250, mais cette solution est parfois fort douloureuse. Pour l'anesthésie des muqueuses, saupoudrer avec :

Orthoforme.....	ãã
Diiodoforme.....	
Talc.....	

Ou bien mettre de la pommade suivante :

Menthol.....	0 gr. 05
Gaïacol.....	0 — 30 à 1 gr.
Oxyde de zinc.....	10 grammes
Vaseline.....	30 —

La teinture d'aloès peut rendre des services. Doizy recommande l'ichthyol en pommade à 15 0/0, Ruge la vaseline phéniquée, Leredde le salicylate de méthyle en pommade à 1/20, Kaposi l'eau très froide et les bains de siège froids. On a également eu recours à l'électricité.

Quelquefois, on se trouvera bien de l'emploi de l'acide lactique à l'intérieur (du Castel). A. Robin insiste sur la nécessité d'empêcher les fermentations digestives, et il donne à la fin du repas un des cachets suivants :

Erythrol.....	ãã 0 gr. 02 à 0 gr. 10
Fluorure de calcium	
Magnésie calcinée.....	0 — 10

S'il y a fermentation butyrique, s'il y a fermentation lactique, employer de préférence le fluorure d'ammonium :

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 10 à 1 gr.
Eau	300 grammes

Une cuillerée à soupe au milieu du repas.

Faire de l'hydrothérapie dès qu'il sera possible. — S. R.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

L'artemisine comme stomachique. — L'artemisine est un bon adjuvant de l'oxalate de fer et de la quassine dans le traitement de la chlorose et de l'anémie. La combinaison de l'artemisine et de la quassine exerce une action excitante très puissante sur les fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par une augmentation de l'appétit; à cela s'ajoute l'action spécifique du fer.

Cette médication agit très rapidement et dès le 9e ou le 10e jour l'amélioration se manifeste.

On peut ainsi associer le fer, la quassine et l'artemisine dans la formule suivante :

Artémisine.....	0 gr. 0001
Quassine cristallisée.....	0 — 0001
Oxalate de fer	0 — 01

Excipient = sucre, miel et glycérine. Q. S. pour une pilule, 2 à chaque repas. *(Nouv. Rem.)*

(1) *Lyon médical* 1901. 8 janvier, p. 29.
(2) *Ibid.* n° 29.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

ODONTOLOGIE

Paralysie faciale d'origine dentaire. — L'ostéo-alvéolite dentaire infectieuse, d'après M. Rodier (*Soc. stomatol*, 1901), serait une cause fréquente de paralysie faciale périphérique. Dans un certain nombre des observations de paralysie faciale antérieurement publiées, on retrouve parmi les prodrômes observés, des phénomènes douloureux concernant soit les mâchoires ou la mastication, soit les dents, voire même une fluxion dentaire, etc., etc.

Le traitement immédiat et radical doit être l'extraction de la dent incriminée; cette extraction doit être suivie d'un curettage alvéolaire profond ayant pour but de débarrasser le fond de l'alvéole des fongosités qu'il contient.

Une observation typique montre nettement l'utilité d'une telle manière de faire : Mme G..., âgée de 23 ans, présente le type classique d'une paralysie faciale périphérique avec tous ses symptômes ordinaires. La *coïncidence* du début des accidents (poussée d'ostéo-alvéolite dentaire le soir, paralysie faciale le lendemain matin); leur *recrudescence* (augmentation des symptômes douloureux et paralytiques), le jour même de l'extraction; leur *disparition*, rapide et simultanée (guérison en quelques jours après l'extraction de la dent et sans aucun traitement) semblent justifier l'étiologie indiquée et le traitement employé. Deux interprétations paraissent plausibles à l'auteur.

La première est l'origine réflexe de la maladie. Il se serait passé ce qu'on observe dans le cas de tic douloureux de la face (qui dit convulsion, dit paralysie), affection souvent due à des phénomènes reflexes à point de départ alvéolo-dentaire (névrites ou névrômes).

La seconde interprétation, celle à laquelle M. Rodier s'arrête, est la propagation d'une névrite du trijumeau transmise au facial par les fibres récurrentes.

Autrefois, on aurait mis sur cette observation, l'étiquette de paralysie à frigore ou rhumatismale rentrant dans le cadre des paralysies faciales douloureuses d'origine inconnue ou névropathiques décrites pas Testaz. M. Rodier s'élève contre cette interprétation. La paralysie de Mme G... et tous les phénomènes observés ne sont survenus que comme *complications infectieuses* d'une vulgaire carie de la première grosse molaire inférieure droite. Elle rentre dans le cadre des nombreuses manifestations pathologiques dont la bouche et les dents sont ou peuvent être le plus souvent l'unique cause ignorée.

Ces cas ne relèveraient plus de la thérapeutique électrique, mais de la stomatologie. — Dr P. Gires.

UROLOGIE

Stérilisation des sondes en gomme. — Le Dr Claudius, de Copenhague, vient d'exposer, dans l'Hospitalstidende, une nouvelle méthode de stérilisation des sondes en gomme. Etant extrêmement simple, à la portée de tous, sans action nocive sur les instruments et très sûre, selon l'auteur, elle doit être saluée avec grande satisfaction. Elle consiste en ceci : on fait agir, pendant deux minutes, une solution concentrée de chlorure de sodium (400 gr. de sel par litre d'eau), portée à l'ébullition (110°) sur les sondes. Des expériences répétées jusqu'à 24 fois pour les mêmes instruments ne les ont pas altérés le moins du monde. La stérilisation était toujours complète, ce que démontraient des essais de culture après stérilisation de sondes préalablement infectées, en dehors et en dedans; même les spores les plus résistantes étaient tuées après deux minutes d'ébullition, ce qui n'était pas le cas après quatre minutes d'antoclave à 115°.

Selon Claudius, c'est le manque de sels dissous qui fait que les instruments en gomme s'altèrent par l'ébullition. Le choix de Nacl est à recommander parce qu'on l'a toujours à sa disposition et parce qu'il est le moins irritant pour la muqueuse urethrale. Il possède, en outre, l'avantage d'être presque aussi soluble à 0° qu'à 100°. Le refroidissement ne produit donc pas de précipitation de cristaux de sel sur les instruments. En les retirant de la solution concentrée en ébullition, on n'a qu'à les conserver dans de l'eau boriquée. — Kr.

CHIRURGIE INFANTILE

Des malformations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant. — Les déviations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant sont presque exclusivement d'origine diaphysaire. Les lésions fondamentales des déviations de l'axe du membre sont les courbures latérales et antéro-postérieures du fémur et du tibia : les lésions secondaires sont : l'aplatissement antéro-postérieur du fémur, l'aplatissement transversal du tibia et la rotation de ces deux os autour de leur axe vertical. Cette rotation tou-

Digitized by Google

jours externe au fémur, est tantôt interne, tantôt externe au tibia.

D'après Grisel (*Th. Paris* 1900), l'épiphyse qui constitue la tête fémorale est comme toutes les autres hypertrophiée. Le cartilage de conjugaison qui la sépare de la diaphyse est épaissi et la portion avoisinante de la diaphyse est, comme ailleurs, le siège fréquent de courbures.

Le plateau tibial et une partie de l'extrémité supérieure du corps du tibia, limitée inférieurement par un plan passant par la ligne oblique de la face postérieure forment, grâce à des insertions tendineuses musculaires et ligamenteuses multiples, un bloc résistant au-dessous duquel, seulement, se produisent les courbures à convexité interne et l'inflexion antéro-postérieure, cause de genu recurvatum.

La présence d'une épine osseuse au point d'insertion tibiale du ligament latéral interne semble due à l'action du ligament sur le tissu osseux. La résistance du ligament conserve à la partie supérieure du tibia sa direction normale, et la déviation en dehors commence dès qu'elle vient à manquer.

Que faire en face de ces déformations ? Grisel conseille de procéder de la façon suivante.

L'intervention doit être retardée jusqu'à la période d'observation, lorsque l'enfant a atteint 6 ou 7 ans. Pendant les années d'attente il faut assurer au malade, dont les parents sont presque toujours nécessiteux, les bienfaits du traitemeut maritime. Il faut donc multiplier au bord de la mer les hôpitaux de rachitiques.

Le redressement, le rétablissement des fonctions du membre par une première intervention, n'empêchent pas les lésions accessoires, peu importantes alors, de se développer dans la suite.

L'ostéotomie, de variété appropriée, suivie de l'application d'un appareil plâtré donne toujours la correction de la difformité. La récidive se produit toujours si l'opération a été faite pendant la période d'état du rachitisme ; elle est à redouter si l'on ne peut assurer au malade un repos au lit d'au moins trois mois après l'intervention, même faite à l'âge voulu.

La plus grave de toutes les déformations est la courbure à convexité antérieure du tiers inférieur du tibia en lame de sabre, compliquée ou non d'incurvation latérale. Le traitement maritime a peu d'influence sur elle ; l'ostéotomie cunéiforme, qui seule la redresse, est suivie d'un raccourcissement de deux centimètres. Grisel conseille de faire le redressement manuel dès le début, à la période de ramollissement, soit en une séance avec anesthésie légère et application d'un appareil plâtré, soit sous forme de manipulations quotidiennes.

On doit éviter l'ostéotomie au tiers supérieur du tibia. Elle entraîne, pour mobiliser les fragments, un délabrement osseux considérable. La correction est difficilement portée assez loin pour redresser non-seulement l'incurvation tibiale, mais pour compenser aussi l'incurvation fémorale presque toujours coexistante.

L'ostéotomie sus condylienne fémorale de Macewen permet le redressement des déviations accentuées dues aux lésions du fémur, du tiers supérieur du tibia ou des deux simultanément. Elle est indiquée dans la majorité des cas.

Il existe pour chacune des trois variétés d'ostéotomie un lieu d'élection :

L'ostéotomie transversale linéaire au-dessus des condyles du fémur, où elle porte le nom d'opération de Macewen.

L'ostéotomie oblique linéaire au tiers moyen du tibia.

L'ostéotomie cunéiforme au tiers inférieur du tibia. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Des variations de la tension capillaire sous l'influence du traitement hydro-minéral. — M. Bouloumié (*Soc. ther.*) a mesuré à l'aide du tonomètre de Gartner les variations de la tension artério-capillaire sous l'influence du traitement de Vittel et a constaté les résultats suivants :

Au cours du traitement quotidien consistant spécialement en ingestion le matin à jeun d'un certain nombre de verres d'eau à intervalles de 12 à 20 minutes, l'absorption de l'eau entraîne, avant que les mixtions se soient établies et n'aient été assez nombreuses et abondantes, une augmentation de tension artério-capillaire variant de 1 à 3°, tandis qu'au contraire la tension s'abaisse et tombe généralement après les émissions abondantes d'urine qui suivent l'ingestion de l'eau minérale au-dessous du chiffre le plus bas observé chez le sujet.

Sous l'influence de ce traitement continué pendant quelques semaines, c'est-à-dire sous l'influence de la cure hydro-minérale pure, la tension artério capillaire habituelle s'est abaissée dans 58 0/0 des cas environ, s'est élevée dans 22 0/0 des cas, est restée sans changement sans 22 0/0 des cas. L'abaissement de la tension s'est montrée le plus souvent quand il y avait primitivement hypertension manifeste mais sans lésion artério-scléreuse ou athéromateuse nettement appréciable. Dans ces derniers cas, le résultat a été nul par la cure hydro-minérale employée sans adjonction de moyens accessoires et il eût été funeste si le traitement n'avait été mitigé et dirigé avec des précautions spéciales.

Digitized by Google

L'augmentation de tension a été notée le plus souvent dans 70 0/0 des cas dans lesquels la dite augmentation s'est manifestée alors que la tension était primitivement au-dessous de la normale ou à sa limite inférieure (10°). Le résultat obtenu a donc été encore favorable dans ces conditions.

Ces observations témoignent une fois de plus de l'état habituel d'hypertension chez les arthritiques et montrent que si cette hypertension impose une surveillance spéciale des malades et parfois l'emploi des moyens accessoires destinés soit à agir directement sur l'hypertension, soit à seconder et précipiter l'effet diurétique des eaux, elle est généralement modifiée par la cure de Vittel. Elles montrent de plus que cette cure peut encore être utile quand l'hypertension commence à aboutir à l'artério sclérose, mais que, lorsque l'artério-sclérose est confirmée et qu'il y a des lésions athéromateuses, elle est sans effet utile et peut ne pas être sans danger.

En pareil cas, elle doit passer au second rang, la part principale du traitement revenant aux moyens habituellement employés comme adjuvants, tels que : bains, frictions, massages généraux et locaux qui se donnent spécialement.

Le purpura dit hépatique. — L'origine hépatique du purpura, du moins dans un certain nombre de cas, a été invoquée par Hanot, et depuis par de nombreux auteurs parmi lesquels M. Dieulafoy et son élève Apert. M. Mourre (*Th. de Paris*, 1900), faisant systématiquement la critique d'un certain nombre d'observations, dont plusieurs lui sont personnelles, dans lesquelles il y avait coïncidence de lésions hépatiques et de purpura, arrive à une conclusion différente.

En effet, des lésions hépatiques totales, se traduisant par l'acholie, c'est-à-dire par l'insuffisance hépatique la plus absolue, n'entraînent pas l'apparition de purpura. Par contre, il est fréquent d'observer des purpuras sans la moindre altération hépatique même fonctionnelle.

La plupart des cas désignés sous le nom de purpuras hépatiques ne sont autres que des purpuras infectieux, myelopathiques ou mécaniques. Le facteur pathogénique le plus important est l'infection, que celle-ci soit primitive ou secondaire, infection rendue plus facile par la suppression totale ou partielle de la fonction hépatique. L'ictère grave est le type des infections primitives provoquant à la fois la lésion hépatique et le purpura; quant aux infections secondaires, particulièrement fréquentes au cours du cancer ou de la cirrhose, elles sont ordinairement d'origine streptococcique. — B. H.

Lumbago et rhumatisme spinal. — Le siège anatomique du lumbago a été successivement placé dans tous les tissus et organes des régions lombaire est sacrée : on en a fait successivement un rhumatisme musculaire, tendineux, articulaire, une arthrite ou une entorse sacro-lombaire ou sacro-iliaque, une névralgie ou une névrite périphérique, une lésion médullaire ou méningo-médullaire. C'est à cette dernière opinion que se rallie M. Picaud (*Th. de Paris*, 1900), au moins pour un certain nombre de cas.

Sa conviction se base sur l'existence fréquente de signes concomitants indiquant la participation des méninges et de la moelle au syndrome, et sur l'apparition fréquente de ces signes lors d'une attaque ultérieure, alors que la ou les premières attaques ont été des lumbagos simples : ces signes, plus ou moins marqués, sont l'atonie de la vessie, la paraplégie des membres inférieurs, avec spasmes musculaires, l'anesthésie de la peau dans la partie lombaire. La guérison constante du lumbago, avec disparition de tous ces phénomènes, ne permet pas de les attribuer à une lésion nerveuse vraie : aussi l'auteur pense-t-il qu'il s'agit de congestion méningo-médullaire, du rhumatisme spinal d'Andral et Trousseau, dans sa forme légère. — B. H.

L'état du foie dans l'érysipèle et les streptococcies. — L'état du foie joue un rôle capital dans l'évolution des maladies infectieuses; c'est aux lésions antérieures de cet organe ou à l'affinité spéciale de quelques virus pour le foie qu'il faut rattacher certains symptômes inquiétants et souvent attribuer la mort.

MM. Roger et Garnier (*Revue de méd.*, 10 février 1901) viennent d'étudier avec soin au point de vue clinique et anatomique le rôle du foie dans les infections streptococciques en en particulier dans l'érysipèle.

En lisant les statistiques, on voit que le délire au cours de l'érysipèle est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme; plus de la moitié des délirants ont un foie hypertrophié; beaucoup ont de l'albuminurie. Ici apparaît donc l'action synergique du foie et du rein ; ces deux glandes protègent l'organisme contre les intoxications morbides, la première en modifiant les substances nocives, la seconde en les éliminant. Leur altération simultanée a une action très frappante. Sur 100 érysipèlateux ayant un gros foie, le délire se montre dans la proportion de 6,92; sur 100 érysipélateux ayant de l'albuminurie, il atteint le chiffre de 8,88; tandis que sur 100 érysipélateux ayant en même temps gros foie et albuminurie, la proportion s'élève à 30,1.

Presque tous les malades qui succombent ont eu,

Digitized by Google

dans les derniers moments de la vie, du délire et de l'albuminurie.

Le rôle des lésions du foie dans la terminaison fatale est surtout marquée dans les cas où la mort survient par une sorte de cachexie postérysipélateuse. Tel le cas d'un sujet atteint d'érysipèle de la face qui, après trois semaines de maladie, paraissait guéri, la fièvre étant complètement tombée ; mais l'état général restait mauvais, l'individu se cachectisait et succombait douze jours après.

La mort, dans ces cas, doit être attribuée à une insuffisance préalable des organes chargés de la protection contre les infections, notamment les reins et le foie. Les toxines microbiennes ne sont pas assez rapidement détruites ou éliminées et continuent à agir sur les viscères, même après la guérison de la lésion infectieuse primitive.

Expérimentalement, on connaît ces faits où un streptocoque peu virulent injecté à un animal semble d'abord ne déterminer aucun accident, puis, après quelques jours, provoque l'amaigrissement et entraîne la mort au bout d'un mois, au milieu d'une cachexie progressive ; à ce moment le microbe a disparu de l'organisme, les organes sont stériles.

Les lésions du foie, à l'autopsie, rappellent celles du foie infectieux, mais avec des différences : dans les streptococcies, le foie est relativement peu atteint ; il agit sur la marche de l'infection bien plus qu'il n'en subit l'influence.

La plupart des lésions hépatiques observées étaient sans doute antérieures à l'évolution de l'érysipèle ; elles relèvent le plus souvent de l'alcoolisme ; elles nous expliquent le mécanisme de la mort en dévoilant l'insuffisance hépatique. En effet, les lésions du foie dans les érysipèles de l'enfant sont beaucoup moins marquées que chez les adultes.

Les infections streptococciques, quand elles se prolongent, provoquent plutôt des lésions diffuses, uniformément disséminées dans le lobule, que des lésions profondes, ce qui différencie le foie érysipélateux des autres foies infectieux.

La chimie pathologique des tissus est encore trop peu avancée pour qu'on puisse se rendre compte des services quelle pourra rendre. Notons seulement que Roger et Garnier ont vu, dans le foie des animaux infectés, une augmentation considérable de l'eau et une diminution proportionnelle de la graisse. C'est là, semble-t-il, la formule chimique traduisant l'activité des tissus : par le dosage de l'eau, on mesure l'intensité de la réaction organique ; par le dosage de la graisse, l'intensité de l'attaque microbienne ou des lésions antérieures.

L'augmentation de l'albumine soluble semble encore en rapport avec l'intensité des réactions organiques. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des anévrysmes par les injections de gélatine, et diagnostic des anévrysmes du tronc innominé. — J. Sorgo réunit dans son travail quarante-huit observations d'anévrysmes traités par les injections de gélatine, dont six personnelles. (*Zeitsch. f. klin. med.* Band. 42, H. 1 et 2, 1900.) En retranchant douze cas douteux, il constate que la coagulation a été obtenue treize fois et que le traitement est resté sans effet vingt-et-une fois. Ce dernier chiffre comprend seize anévrysmes diffus, tandis que tous les autres étaient sacciformes ; ce qui confirme l'opinion de Lancereaux, d'après laquelle la coagulation du sang ne se produit que dans les cas de poches anévrysmales bien circonscrites.

Sorgho a remplacé l'appareil injecteur de Lancereaux par une simple seringue de 150 gr. munie d'une aiguille de fort calibre. Après anesthésie de la région (inject. de cocaïne), il pratique l'injection à la cuisse ou au ventre. Les malades restent alités pendant toute la durée du traitement, et au régime lacté absolu ou mitigé, sans aucune médication interne. Sorgo emploie des solutions de 4 à 5 0/0, dont il injecte tous les trois ou cinq jours, 100 à 150 c. cubes.

Ses injections ont été presque toujours, au début surtout, suivies de douleurs locales et de fièvre, parfois d'oppression, de céphalalgie, de sensation de chaleur ou d'arrêt du cœur, enfin, dans un cas, d'accélération du pouls.

Quant à l'effet thérapeutique, Sorgo pense qu'il faut tenir compte de la diète et du repos au lit, qui doivent contribuer à éloigner la dyspnée, les douleurs névralgiques et les crises d'angor. En l'absence d'une preuve expérimentale de la réalité du pouvoir coagulant de la gélatine, en injections sous-cutanées ou administrée à l'intérieur, il conserve quelques doutes à cet égard. Toutefois, il reconnaît que les injections, même concentrées, n'offrent aucun danger, et que les affections rénales concomitantes ne sont pas une contre-indication.

L'une de ses observations avec autopsie, lui fournit l'occasion d'attirer l'attention sur trois symptômes de l'*anévrysme du tronc brachio-céphalique*, intéressants par leurs caractères particuliers et leur valeur diagnostique. L'un des symptômes était un ralentissement considérable de la respiration, tombée à 12, 10 et 9 par minute avec saccades expiratoires synchrones avec la diastole cardiaque : chaque systole du cœur augmentant la sténose trachéale par l'ampliation momentanée de la poche anévrysmale, au point d'interrompre le courant de l'air expiré.

Digitized by Google

Il ne faudrait pas confondre ces saccades expiratoires avec l'inspiration saccadée, que nous avons observé souvent à la partie externe de la région sous-claviculaire chez des malades atteints de lésions aortiques avec battements artériels.

Le malade de Sorgo avait présenté pendant quelques jours seulement, avant les injections, une accélération du pouls radial droit.

Enfin, la présence au devant de l'anévrysme, d'un deuxième bruit claquant, ou d'un souffle diastolique, ou encore de deux bruits bien nets et bien frappés, offre une grande valeur diagnostique. Sorgo, d'accord avec Schrœtter, rejette l'idée de la propagation de ses bruits, ayant souvent constaté le maximum du bruit ou du souffle diastoliques vers l'extrémité acromiale de la clavicule. Le souffle constaté parfois en l'absence de toute insuffisance aortique ne pouvait provenir que du sac anévrysmal. — A. Weber.

Traitement du cancer par l'acide osmique. — M. Hérard de Bessé a obtenu de bons résultats dans le traitement du cancer épithélial inopérable par l'usage de l'acide osmique employé sous forme de liqueur chromo-acéto-osmique de Flemming (*Soc. de Thérap.*, 8 mai).

Il se sert de cette liqueur pure en compresses humides appliquées sur la tumeur et en injections interstitielles. Ces injections sont faites tantôt profondément, dans l'espoir de fixer une zone de cellules limitant la tumeur dans la profondeur, tantôt superficiellement pour créer une perte de substance donnant accès à des compresses.

Sous l'influence de ce traitement, on observe une sédation manifeste de la douleur, peut-être due à l'action anti-névralgique de l'acide osmique et une diminution marquée des sécrétions et de la fétidité. Il ne survient d'autre part aucune réaction inflammatoire, ni phénomène d'intoxication.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Névralgies et anévrysmes latents de l'aorte. — M. Huchard (voir page 353).

M. Fournier. — La communication de M. Huchard me rappelle un fait que j'ai eu l'occasion d'observer il y a quelques années.

Il s'agit d'un de nos confrères qui éprouvait depuis plusieurs mois, dans le bras gauche, des douleurs épouvantables le privant de sommeil et empêchant tout mouvement du bras. Il y avait des antécédents syphilitiques avoués, et, comme on ne trouvait aucun signe d'une cause organique, le médecin qui soignait ce malade avait rattaché les accidents à la syphilis. Ce fut aussi mon diagnostic, et le traitement spécifique fut institué.

Les résultats en furent merveilleux; il se produisit un véritable coup de théâtre. Au bout de la deuxième ou troisième nuit le sommeil revint. Le quinzième jour, le malade était guéri et reprenait ses occupations.

Deux ou trois ans après, ce même confrère présentait les signes d'un anévrysme de l'aorte. Le traitement spécifique amena la guérison, car il s'agissait d'une tumeur péri-aortique syphilitique. Depuis, notre confrère est demeuré bien portant.

Son observation vient donc à l'appui de l'importance, signalée par M. Huchard, des douleurs névralgiques comme signe prémonitoire de l'anévrysme aortique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

A propos des injections intra-rachidiennes de cocaïne. — M. Faisans rapporte une observation dans laquelle les ponctions lombaires suivies d'injection intra-rachidienne de cocaïne furent complètement impuissantes à calmer les crises gastriques du tabes.

Péritonite gonococcique des petites filles. — M. Comby. La vulvo-vaginite des petites filles peut se compliquer de péritonites plus ou moins graves. La rareté de cette complication fait qu'on ne songe pas toujours à établir un lien entre l'écoulement vulvo-vaginal, parfois d'ailleurs minime ou méconnu, et la péritonite qui éclate à l'improviste et simule trait pour trait la péritonite par perforation.

Dans les trois cas observés par M. Comby chez des fillettes de 12 ans et 6 ans et demi, des poussées péritonéales soudaines firent penser à des péritonites appendiculaires; la laparotomie fut évitée par la rétrocession des accidents. Plus tard l'écoulement vulvo-vaginal, deux fois de nature gonococcique, révéla la nature du mal.

Insuffisance aortique chez un syphilitique. — M. Launois présente un homme de 34 ans, sujet à des douleurs dans la région précordiale, de la dyspnée, des accès de pâleur sous l'influence de la moindre émotion. Le cœur est augmenté de volume, l'aorte dilatée. On entend dans toute la région un bruit musical, perceptible même à 15 à 20 centimètres du thorax, diastolique plutôt que systolique, avec point maximum au foyer habituel d'auscultation de l'aorte. L'examen du pouls et des autres symptômes font porter le diagnostic de dilatation avec insuffisance aortique. Or, cette affection est survenue brusquement en octobre 1900 à la suite d'une émotion très violente, chez cet homme atteint d'une syphilis mal soignée il y a 8 ans, grand fumeur, et se livrant à la passion des courses.

Il est probable que, sous l'influence de la syphilis, il s'est produit lentement chez ce malade une lésion des parois aortiques qui a abouti à une dilatation de l'origine du vaisseau. De plus, au moment de l'émotion intense qu'il a ressentie, par le fait d'une augmentation brusque de la pression artérielle, il a dû se produire une déchirure d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Digitized by Google

Leucémie myélogène. — M. Triboulet. Il s'agit d'un homme de 46 ans, atteint d'une tuméfaction considérable de la rate depuis 6 mois. L'état général relativement bon, l'absence de paludisme et de toute lésion des autres viscères firent penser que l'on se trouvait en présence d'une splénomégalie primitive, probablement tuberculeuse. Or, l'examen cytologique du sang montra une leucocytose intense, caractérisée par l'abondance considérable de divers myélocytes. Il s'agit donc d'une leucémie répondant au type caractérisé par Erlich sous le nom de leucémie myélogène.

Expulsion spontanée de gros calculs biliaires. — M. Troisier. Les faits de ce genre ne sont pas seulement curieux par leur rareté. Ils sont surtout intéressants parce qu'ils soulèvent la question, toujours si embarrassante, de l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, observé chez une dame de soixante ans, obèse, n'ayant jamais eu de colique hépatique ni d'ictère, la migration du calcul a donné lieu à tous les symptômes de l'obstruction intestinale (coliques de *miserere*; vomissements, d'abord bilieux; puis fécaloïdes; sueurs froides). Les premières douleurs se produisirent vers 11 heures du soir, deux heures après le dîner. Ces phénomènes durèrent douze heures environ ; huit heures après le dernier vomissement, un gros calcul biliaire fut évacué avec une selle naturelle.

Ce calcul a une forme arrondie, légèrement aplatie à l'un de ses axes, sans qu'il y ait cependant de facette à ce niveau (il devait être unique); il mesure 25 millimètres d'épaisseur, et 7 centimètres et demi de circonférence. Son poids à l'état de siccité est de 7 grammes. Il est lisse, sans aspérités et sans arrêtes. Il est jaunâtre et présente tous les caractères des calculs pigmentaires.

En raison de ses dimensions, on ne peut admettre qu'il ait traversé le canal cholédoque. D'ailleurs il n'y eut pas d'ictère. Le calcul a dû pénétrer dans l'intestin à la faveur d'une fistule cholécysto-duodénale. Une fois la valvule iléo-cæcale franchie, les symptômes d'obstruction intestinale cessèrent. Il ne se produit aucun accident consécutif, et depuis cette crise, qui date de trois ans, ma cliente n'éprouve aucun trouble fonctionnel du côté des voies biliaires. Il y a longtemps sans doute que la fistule est fermée.

Dans le second cas, communiqué par M. Duguet, l'expulsion du calcul s'est faite sans déterminer de colique. Ce calcul est remarquable par sa forme, qui rappelle celle de la vésicule biliaire. Il mesure 36 millimètres de longueur, 25 millimètres de largeur et 20 millimètres d'épaisseur. La circonférence, au niveau de ses plus fortes dimensions, est de 7 centimètres Son poids est de 8 gr. 50. Il est tout à fait remarquable que la migration et l'évacuation d'un calcul aussi volumineux n'aient pas provoqué d'accidents. Il en existe d'autres exemples dans la littérature médicale. *(24 mai).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos de la cocaïnisation intra-rachidienne. — M. Bazy. Un certain nombre d'accidents sont communs aux méthodes d'anesthésie générale et locale, et permettent d'établir une comparaison entre elles.

Les sujets anesthésiés par injection intra-rachidienne de cocaïne ont des vomissements pendant l'opération, sans qu'on puisse, au moins actuellement, les arrêter, et ils en ont conscience ; ils vomissent aussi après l'opération, une fois rapportés dans leur lit

Par l'anesthésie générale, il y a des vomissements pendant l'opération : ils peuvent être arrêtés ; les malades n'en ont pas conscience : il y a les vomissements après.

Lequel des deux vaut le mieux ?

Dans l'anesthésie cocaïnique, il y a les maux de tête plus ou moins violents après l'opération, il y a l'élévation thermique. Cela n'existe ni avec l'éther, ni avec le chloroforme. Lequel des deux vaut le mieux ?

Si on vient nous prouver (et nous ne demandons pas mieux, tous tant que nous sommes, qu'il en soit ainsi) que l'anesthésie cocaï-rachidienne est innocente, nous devrons l'employer.

Or, j'ai été frappé, et beaucoup de mes collègues avec moi, non pas tant des cas de mort qui ont été cités, que des accidents plus ou moins sérieux qu'on a décrits et qui expliquent ces cas de mort, qui prouvent que des morts sont dues à l'action de l'anesthésique et ne sont pas des morts fortuites.

Pour ce qui me concerne, je dirai que quand j'ai fait mes expériences sur l'absorption de la vessie, j'ai été frappé de voir des lapins en expérience rejeter par la bouche une assez grande quantité de liquide provenant du poumon atteint d'œdème ; or ce rejet n'avait lieu que dans les empoisonnements par la cocaïne et n'avait pas lieu dans les empoisonnements par la strychnine ou l'acide cyanhydrique, par exemple ; aussi n'ai-je pas été choqué d'entendre attribuer à la cocaïne un cas de mort par œdème pulmonaire.

Je n'insiste pas et je terminerai en disant : si on nous apporte une méthode absolument innocente, je n'hésiterai pas à l'adopter. En attendant, il me répugne d'employer un mode d'anesthésie dont je ne puis régler l'action. Une fois la cocaïne entrée, on n'est plus maître de ses effets : il faut les subir tous, jusqu'au dernier, y compris l'effet mortel. Je ne parle pas des effets retardés, que nous ne connaissons pas encore.

M. Gerard-Marchand rapporte l'observation d'une femme atteinte de rétrécissement mitral, qu'il a opérée par la voie abdominale d'un volumineux fibrome de l'utérus. après injection intra-rachidienne de cocaïne, l'opération a été supportée par la patiente sans aucun malaise ni incident.

Occlusion par torsion de l'intestin. — M. Broca analyse deux observations de M. Frœlich (de Nancy). Dans

Digitized by Google

l'une, il s'agit d'un enfant de trois ans, qui, depuis quinze jours, ne rendait presque pas de selles et avait des vomissement alimentaires et bilieux. Le ventre, très météorisé, contenait de l'ascite. La laparotomie permit de sectionner une bride mésentérique passant au-dessus du cœcum: néanmoins, comme l'état de l'enfant ne permettait pas de pousser plus loin les investigations, M. Frœlich établit un anus artificiel ; mort 36 heures après A l'autopsie, on trouva une torsion complète de tout le paquet intestinal autour de son pédicule mésentérique. La torsion avait eu lieu de gauche à droite, et tout le paquet était allé se loger dans l'hypochondre droit.

Dans le second cas, il s'agit d'un adulte au 4e jour d'une occlusion qui avait débuté brusquement à table par une vive douleur dans le flanc droit, bientôt suivie de nausées et de vomisssements. Il existait dans le flanc droit une masse dure, mobile, sonore à la percussion, douloureuse, et une ascite modérée. M. Frœlich diagnostiqua un volvulus du cœcum, qui fut détordu après laparotomie. — Guérison.

M. Schwartz. — Lorsque l'on se trouve en présence d'un étranglement par torsion totale du mésentère, en raison de la complexité des lésions, la seule chose à faire est de pratiquer l'éviscération totale, puis la réduction par renversement.

Election. — M. Legueu est nommé membre de la Société de Chirurgie *(15 mai).*

De la rachi-cocaïnisation — M. Lejars. Cette méthode analgésique ne nous fera pas oublier le suprême bienfait du sommeil anesthésique Pour les opérations qui se pratiquent sur le segment inférieur du corps, malgré ses inconvénients déjà signalés, elle est précieuse chez les malades que leur état pulmonaire rend spécialement vulnérables à l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme ; de même que chez ceux qui ont une terreur irraisonnée pour le chloroforme.

M. Poirier. — L'anesthésie par rachi-cocaïnisation peut-être employée pour toutes les opérations à pratiquer sur le membre inférieur. Cependant, en raison de l'incertitude de la ponction lombaire, et des accidents d'intoxication générale auxquels elle donne parfois lieu, M. Poirier préfère l'anesthésie par cocaïnisation locale, s'il s'agit d'une opération légère; l'anesthésie par chloroforme pour une opération grave; laparotomie, amputation ou résection.

M. Legueu considère la rachi-cocaïnisation comme facile, peu douloureuse et sans danger, à la condition de n'employer que des doses de un à deux centigrammes. Les échecs absolus sont rares ; le plus souvent l'anesthésie s'étend à tout le segment sous-ombilical du corps. Malgré ses imperfections, les accidents le plus souvent légers qu'elle peut déterminer : vomissements, tremblements, élévation de température, céphalalgie, la rachi-cocaïnisation peut soutenir la comparaison avec l'anesthésie générale, et doit lui être préférée dans les opérations de courte durée sur la moitié inférieure du corps. *(22 mai.)*

ACTUALITÉS

I.— Un peu d'historique au sujet des appareils aspirateurs

En rendant compte, avec sa bienveillance habituelle, de ma communication récente à l'Académie de médecine sur les « névralgies et les anévrysmes latents de l'aorte », la *Gazette des Hôpitaux* relève une petite erreur de ma part, au sujet du gros trocart de Reybard que Desnos à l'hôpital Lariboisière en 1871 — avais je dit — avait seul à sa disposition pour pratiquer une thoracentèse. « C'est là, croyons-nous (dit le rédacteur du journal), une légère erreur de M. Huchard ; si nos souvenirs sont précis, la seringue aspiratrice de Dieulafoy était déjà inventée à cette époque. »

Il n'y a pas eu « d'erreur » de notre part. Entre le moment précis d'une invention et celui de son application, il peut s'écouler un certain nombre d'années, et c'est ainsi qu'en 1871, à l'hôpital Lariboisière, on faisait encore usage du gros trocart de Reybard, alors que la seringue aspiratrice avait été présentée à l'Académie de médecine de Paris par Gubler, dans sa séance du 2 novembre 1869.

A ce point de vue, nos souvenirs sont donc bien exacts. Nous allons encore les préciser davantage, en rappelant que, *treize années auparavant*, un savant médecin belge, le Dr Van den Corput, avec qui j'ai eu grand plaisir à lier connaissance, il y a quelques semaines à Bruxelles, a publié en 1856 dans le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* (séance du 26 juillet 1856), une note sur un « **nouveau trocart destiné à pratiquer en même temps l'exploration, l'évacuation et l'injection** » Cet instrument auquel il a donné le nom de *trocart universel*, avait déjà été envoyé l'année précédente à l'Exposition universelle de Paris et avait figuré dans la vitrine de M. Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie à Bruxelles. Depuis lors, l'auteur (van den Corput) s'en était servi continuellement dans sa clinique d'hôpital et dans sa clientèle, et il n'employait pas d'autre instrument dans l'opération de la thoracentèse. L'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 26 juillet 1870, a été saisie d'une demande de priorité en faveur du médecin belge, et M. Broca, rapporteur, tout en rappelant que l'appareil de Jules Guérin n'était pas sans analogie avec les autres appareils aspirateurs, inventés depuis, ne craignait pas d'avouer que celui de van den Corput constituait « dans une certaine mesure une « *innovation chirurgicale.* »

En 1878, la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 4 février 1878, par la voix de MM. Charon, Rommelaere et Sacré. revenait encore sur cette question, et déclarait que tous les instruments plus ou moins semblables inventés après van den Corput, « paraissaient avoir été inspirés par l'idée du médecin belge, et présenter moins d'avantages que l'appareil

Digitized by Google

primitif, laissé dans l'oubli le plus injuste. » L'un des avantages du « trocart universel » de van den Corput, est en effet d'obliger à une certaine lenteur, à des intermittences dans l'opération, et c'est à cette circonstance que l'on doit d'éviter avec lui les quintes de toux parfois dangereuses « dues à l'accès trop brusque de l'air au contact de petites bronches jusque là comprimées, et au réflexe soudain du sang dans le tissu pulmonaire par suite de l'expansion trop rapide de la poitrine lorsque la cavité pleurale est vidée brusquement. »

Sans rien enlever au mérite de tous les inventeurs d'appareils qui l'ont suivi, nous sommes heureux de cette circonstance qui nous permet de rendre justice à un médecin aussi modeste que savant, au Dr Van den Corput. Car, il n'a pas seulement inventé un appareil, il a aussi fondé une méthode thérapeutique. — H. Huchard.

BIBLIOGRAPHIE

Traité du rachitisme, par Jules Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (2e édition), 1 vol. chez Rueff, éditeur.

Voici la seconde édition, augmentée du petit traité, aussi intéressant que pratique, du Dr Comby. Après un court chapitre d'historique, l'auteur aborde les causes du rachitisme, montrant que c'est une maladie dyscrasique ou dystrophique, liée à une nutrition imparfaite. Puis il en fait l'anatomie pathologique et les symptômes.

Un long chapitre est consacré au diagnostic, particulièrement avec certaines dystrophies osseuses : ostéomalacie, achondroplasie, etc., souvent confondues avec le rachitisme. Enfin, un chapitre de prophylaxie et de traitement, essentiellement pratique, termine cet ouvrage, illustré de nombreuses figures.

Physiologie normale et pathologie du pancréas, par E. Hédon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. de la collection Léauté, chez Masson et Cie, éditeurs.

Cet ouvrage, comme le définit l'auteur lui-même, est un « *exposé concis* » des principales acquisitions réalisées, dans ces dernières années, dans le domaine de la physiologie pancréatique, grâce au perfectionnement des méthodes expérimentales, et à l'étude chimique rigoureuse des sécrétions de la glande.

Après avoir exposé nettement la structure anatomique du pancréas, l'auteur fait l'étude du suc et des ferments pancréatiques, et leur action sur la digestion. Puis, il aborde l'innervation du pancréas, et consacre enfin le dernier tiers de son travail à l'étude complète du diabète pancréatique expérimental, et du diabète acquis chez l'homme, examinant et critiquant successivement les diverses théories émises à ce sujet.

Ce livre est d'un grand intérêt, non seulement pour les physiologistes, mais aussi pour les médecins, qui y trouveront l'exposé précis de nos connaissances actuelles, sur l'action et les perturbations fonctionnelles de cet important organes qu'est le pancréas.

Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, par le Dr Lucien Pron. 1 vol. chez Jules Rousset, éditeur.

L'auteur, dans cet intéressant travail, étudie d'abord l'influence du régime alimentaire sur les caractères des individus et des peuples, et les effets produits sur l'état mental par la faim, le jeûne et l'inanition.

Dans une seconde partie, il aborde les retentissements psychiques de la dyspepsie (hypochondrie, phobies, troubles de la volonté et de la mémoire, hallucinations, etc.). Il fait ensuite la pathogénie de ces troubles, qu'il considère comme réflexes.

Ce livre, documenté de nombreuses observations inédites, est intéressant aussi bien pour les médecins que pour les psychologues.

La Myopie, *son traitement, son hygiène.* — Par le Dr A. Leprince (de Bourges), chez Rousset, éditeur.

Le livre du Dr Leprince comprend l'étude complète d'une question importante, dont le public lui-même doit connaître les terribles conséquences.

Ce livre serait lu avec beaucoup de fruit par les membres du corps enseignant, qui sont les mieux placés pour dépister dès le début les enfants doués d'une mauvaise vision. La partie du volume consacrée à l'hygiène du myope, devrait être connue des instituteurs, des chefs d'institution et même des familles. C'est en suivant les préceptes indiqués, que l'enfant qui devient myope pourrait être guéri avant que le mal ait fait des progrès inquiétants.

Outre l'étude très complète de la myopie, au point de vue de ses causes, de sa correction, de son traitement médical et chirurgical, le livre contient encore une partie consacrée à l'hygiène professionnelle et indique les professions compatibles avec la myopie et les cas d'exemption au service militaire, et d'admission aux diverses écoles.

Tableaux synoptiques de botanique et matière médicale, par le Dr A. Leprince, chez Rousset, éditeur.

Ce livre est essentiellement pratique et appelé à rendre les plus grands services aux étudiants en pharmacie et aux candidats au P. C. N.

Il sera sûrement accueilli favorablement par les étudiants auxquels il est destiné et leur permettra d'apprendre vite et bien les matières des programmes de botanique et de matière médicale.

Une table alphabétique des plantes et familles énumérées dans le cours de l'ouvrage complète ce livre simple et clair.

La grossesse, études sur sa durée et ses variations Puericulture intra-utérine, avec une préface du Pr Budin, par le Dr Bouchacourt, chez Carré et Naud.

Ce livre est curieux et intéressant, l'auteur y rapporte les opinions de jadis et d'autres plus récentes sur les variations de la grossesse, et ces causes seraient très variées, quelques-unes mêmes bizarres. Cette étude conduit l'auteur à un intéressant chapitre sur la puericulture intra-utérine et les sanatoriums de grossesse, et la culture de l'enfant en germe étant, comme le dit l'auteur, le premier des devoirs de l'humanité.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique.

Par H. de Brun,
Professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, Correspondant de l'Académie de médecine.

La puissance de dessiccation de l'acide picrique dans les brûlures et dans les affections suintantes de la peau; la rapidité avec laquelle se font, sous son influence, les régénérations épithéliales, m'ont donné l'idée d'employer ce médicament dans la blennorrhagie et dans quelques affections inflammatoires des muqueuses abordables aux topiques (conjonctive, muqueuse pituitaire, etc.). Je reprendrai, dans un autre article la question du traitement des conjonctivites, des rhinites, des otites par l'acide picrique, et ne m'occuperai aujourd'hui que de l'action du médicament dans la blennorrhagie.

J'emploie en général une solution dont le titre varie de 1/200e à 1/100e. La solution à 1/200e est souvent indolore; celle à 1/100e peut causer des douleurs assez vives, jamais intolérables. Je fais faire avec de petites seringues en verre, aussi bien stérilisées que possible, d'une contenance de 5 à 6 centimètres cubes, de simples injections à méat fermé, je laisse pendant 3 minutes le liquide en contact avec le canal. Les injections sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont peu douloureuses, et une fois seulement quand le malade les supporte difficilement, ce qui est fort rare. Le plus souvent en quatre à cinq jours la guérison radicale est obtenue dans les blennorrhagies aiguës. J'ai obtenu des guérisons aussi rapides et définitives dans des blennorrhagies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs. Je n'ai pas besoin de dire que ces résultats ne sont obtenus qu'à la condition qu'il s'agisse d'une uréthrite antérieure, c'est-à-dire d'une uréthrite dans laquelle l'injection puisse atteindre le siège du mal. Dans l'uréthrite postérieure il serait sans doute nécessaire de faire des instillations. Je n'ai pas eu jusqu'à présent l'occasion d'en faire avec les solutions que je préconise, et ne peux par conséquent, donner à ce sujet aucun renseignement.

Un des premiers effets de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était, l'écoulement, dès les premières injections, devient presque clair; il perd sa purulence et son opacité. Il faut ajouter qu'il devient quelquefois plus abondant, pour diminuer et disparaître parfois dès que les injections ont été suspendues.

L'effet du traitement sur les gonocoques est remarquable; ceux-ci comme les leucocytes, du reste, diminuent rapidement de nombre, pendant que les cellules épithéliales deviennent plus abondantes dans la préparation, indice certain d'un énergique effet curatif.

Est il nécessaire d'ajouter que quelque efficace qu'il soit, ce traitement a échoué, au moins partiellement, dans quelques cas? Rien n'est absolu en médecine et surtout en thérapeutique. Ce que je peux dire, c'est que je n'ai jamais obtenu jusqu'à présent par aucun autre procédé dans l'uréthrite antérieure aiguë ou chronique les succès que je dois à l'acide picrique.

Je ne puis rapporter ici toutes les observations que je possède, j'en choisirai trois ou quatre, parmi les plus concluantes.

Obs. I. — Le 7 avril 1898, un élève en pharmacie, âgé de 29 ans, attaché à une des officines de la localité, vient me consulter pour une blennorrhagie datant de 7 mois et qui s'est montrée rebelle à tous les traitements employés pour la combattre. Copahu, cubèbe, santal ont été administrés à l'intérieur; lavages au permanganate de potasse, injections et instillations de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, etc., ont été employées sans résultat. La sécrétion purulente médiocrement abondante, du reste, a résisté à tout. Je prescris une injection matin et soir avec une solution d'acide picrique à 1/100e. Quatre jours après (le 11 avril) le malade revient me voir. Il présente un peu de tuméfaction du gland et du prépuce et un certain degré de douleur de la verge. Mais l'écoulement est complètement tari. Les injections ont été assez douloureuses. Le malade, malgré tout, a tenu à les continuer. Il en a fait 7. Je l'engage à les suspendre et à venir me revoir trois jours plus tard. Il revient le 15. La tuméfaction de la verge a totalement disparu, de même que les douleurs. L'écoulement n'est plus revenu. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de voir un certain nombre de fois cet élève en pharmacie, qui dans sa reconnaissance m'a conduit un certain nombre de malades atteints de blennorrhagie, auxquels par un scrupule bien méritoire chez un pharmacien, il n'a pas voulu livrer le secret d'une formule à laquelle il doit sa guérison définitive.

Obs. II. — Le 7 avril 1899 entrait dans mon service un matelot des Messageries Maritimes, S... François, âgé de 23 ans, atteint depuis deux mois d'une blennorrhagie assez intense, qui provoquait un écoulement jaunâtre, dont le malade évaluait la quantité à une cuillerée par jour, provoquant des érections nocturnes très douloureuses et une assez vive douleur à la miction. Malgré cela, le malade a supporté philosophiquement sa blennorhagie sans aucun traitement.

Le 8 avril, je prescris 3 injections par jour d'acide picrique à 1/200e. Ces injections déterminèrent du picotement et une douleur assez intense que le malade pouvait, du reste, assez bien supporter. Dès le lendemain l'écoulement diminuait considérablement de quantité et devenait clair et semblable à du liquide prostatique.

Le 11 avril, après trois jours de traitement (soit 9 injections) toute trace d'écoulement avait disparu. Plus de douleurs en urinant, plus d'érections nocturnes douloureuses.

Pour plus de certitude, je gardai le malade jusqu'au 17 avril sans constater le moindre retour d'un signe quelconque de l'uréthrite pour laquelle il était entré à l'hôpital.

Digitized by Google

Obs. III. — Due à l'obligeance de mon élève Abi-Adal.

Le nommé F. G. G., âgé de 22 ans, tailleur, né à Beyrouth, où il habite, vient le 12 avril 1899 me consulter pour une blennorrhagie datant de cinq ans.

Après plusieurs rapports suspects, le malade avait eu tous les symptômes d'une blennorrhagie aiguë intense; écoulement muco-purulent, puis purulent, douleur violente à la miction, tuméfaction et rougeur du gland.

Les nuits avaient été pendant assez longtemps troublées par des érections douloureuses très fréquentes et prolongées. Puis, les symptômes avaient diminué progressivement et il n'était resté qu'un écoulement léger et purulent, constatable avant chaque miction et surtout le matin. Plusieurs médicaments « de toute couleur » dit le malade, ont été, sans aucun effet, administré contre cette goutte de pus.

Le 12 avril, je prescris trois injections par jour d'acide picrique à 1/200e.

Le 14, le malade n'a constaté aucun résultat. Les injections ne provoquent aucune douleur, aucun prurit, aucune sensation. Il lui semble qu'il fait des injections avec de l'eau colorée, et se demande comment il peut guérir avec ce médicament si anodin, alors que d'autres injections très douloureuses qu'il a employées autrefois sont restées sans résultat.

Par acquit de conscience, il fait refaire la solution dans une autre pharmacie. Alors les injections deviennent brûlantes comme il le désirait, et, le 16, c'est-à-dire après deux jours de traitement la goutte matinale n'apparaît plus. Le sujet continue encore ses injections pendant deux jours.

Vingt jours plus tard, j'ai l'occasion de revoir le malade qui m'affirme être absolument guéri.

Obs. IV. — Due à l'obligeance de mon élève Hhalil Nehmé.

J. R., âgé de 35 ans, contracte, il y a cinq ans, une blennorrhagie qui lui sembla être guérie après plusieurs mois de traitement.

Ce ne fut qu'après son mariage qui eut lieu trois ans après, et à la suite d'une affection génito-urinaire, qui se déclara chez sa femme qu'il fut obligé de s'observer. Il constata alors la présence d'une goutte militaire, reliquat de son ancienne chaude-pisse. Et comme, depuis son mariage, des poussées sub-aiguës se déclaraient de temps en temps, c'est à l'occasion d'une de ses poussées qu'il songea à se faire soigner.

Le traitement fut commencé au mois d'octobre 1898 par de grandes irrigations au permanganate de potasse à 1/4000e et plus tard à 1/2000e. Ce traitement, suivi scrupuleusement pendant deux mois, ne donna aucun résultat. Il fut remplacé par des injections du même sel à 1/1000e qui échouèrent aussi.

En janvier, fut institué le traitement par des injections astringentes : sulfate de zinc, sous-nitrate de bismuth qui, prolongées pendant un mois, furent complètement inefficaces.

Vers les premiers jours de février, on commença les instillations de protargol à 1/2e au moyen de l'explorateur de Guyon. Ces instillations furent faites d'abord tous les deux jours puis tous les jours; elles furent continuées pendant un mois et demi; la goutte subsista avec la même opiniâtreté qu'auparavant.

Le protargol fut remplacé par le nitrate d'argent à 1/50e puis à 1/25e, et après un mois de ce nouveau traitement, même échec.

Je me décidai alors, sur les indications de M. le professeur de Brun, à essayer l'acide picrique à 1/100e. Le traitement fut commencé dans les premiers jours du mois de mai. Il consista en simples injections à méat fermé avec une seringue ordinaire en verre de la contenance de 5 centimètres cubes. Huit en tout, faites à raison d'une par jour, suffirent à faire disparaître la goutte matinale qui n'avait pas reparu une semaine après la cessation du traitement lorsque je revis le malade. Ce traitement n'avait produit ni inflammation ni tuméfaction de la verge, mais une sensation de brûlure qui subsistait quelques minutes après l'injection. Il est cependant utile de faire remarquer que l'urèthre du malade était très peu sensible et que les instillations de nitrate d'argent à 1/25e ne produisaient chez lui aucune douleur.

Ces observations ne sont-elles pas concluantes, et ne permettent-elles pas de considérer l'acide picrique comme l'un des meilleurs agents que nous puissions opposer à l'uréthrite blennorrhagique?

J'ajouterai que ce médicament, en solution à 1/200e, employé soit en lavages, soit dans le cas d'étroitesse de l'orifice préputial, en injections entre le prépuce et le gland, m'a donné les plus heureux résultats dans la balano-posthite.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Nature et traitement de la leucoplasie buccale

Par Paul Combalat (de Vichy)

Il serait superflu d'insister sur le grand intérêt que présente l'étude de la leucoplasie buccale ; si avant ces vingt dernières années elle n'avait fait l'objet que de monographies et d'observations isolées, elle est maintenant assez bien connue au moins cliniquement et plus d'une fois l'interprétation de ses lésions a suscité d'intéressantes discussions dans les séances des sociétés de syphiligraphie et de dermatologie.

C'est qu'en effet la question est loin d'être simple: une affection qui paraît confiner d'un côté à la syphilis, de l'autre au cancer devait nécessairement provoquer les opinions les plus tranchées tant sur ses origines que sur son évolution et sur sa thérapeutique.

Quelle que soit la forme que doit revêtir plus tard la leucoplasie, presque toujours son début est objectivement impossible à saisir. L'aspect érythémateux que présentent les bords de certaines plaques en activité a fait penser que la lésion commence par une légère rougeur de la muqueuse linguale, accompagnée quelquefois de la turgescence des papilles. Puis un enduit extrêmement mince apparaît, laissant voir par transparence la muqueuse sous-jacente ; cet enduit s'épaissit, s'étend, la plaque leucoplasique est constituée.

D'autres fois une plaque opaline syphilitique se transforme insensiblement en leucoplasie.

Enfin, il est fréquent d'observer un début beau-

Digitized by Google

coup plus lent, surtout chez les alcooliques et chez les fumeurs invétérés ; c'est une saillie papillaire s'accompagnant d'un aspect décoloré ou grisâtre, présentant une analogie lointaine avec l'état saburral, et cet aspect peut se conserver pendant un temps illimité, mais souvent on assiste à la transformation de ce simple épaississement en un revêtement leucoplasique type.

Il est tout à fait exceptionnel de voir les sujets venir consulter au moment de l'apparition de leur leucoplasie. Ce n'est que plus tard, alors que les lésions se sont développées qu'ils s'en aperçoivent en se regardant la bouche dans un miroir, car les troubles fonctionnels passent encore inaperçus.

Les placards de leucoplasie ou de psoriasis buccal que l'on a l'occasion d'observer si fréquemment dans la pratique journalière présentent des variétés extrêmement nombreuses qu'une description générale ne saurait embrasser, mais qui toutes répondent plus ou moins aux caractères objectifs de *plaques blanches, nacrées, minces ou épaisses, recouvrant une muqueuse elle-même atteinte par un processus d'inflammation chronique, à évolution très lente.* Le polymorphisme des lésions leucoplasiques, aussi bien que leur étiologie supposée expliquent les nombreuses dénominations de cette affection : leucoplasie, leucokératose, stomatite épithéliale chronique, psoriasis buccal et lingual, icthyosis de la langue, plaques blanches des fumeurs.

Le siège des placards est très divers : on peut le rencontrer en tout point de la muqueuse buccale, mais ils ont une prédilection pour la face supérieure, les bords, la pointe de la langue, la muqueuse des joues au niveau de l'interligne dentaire, la face postérieure des lèvres ; on les rencontre rarement sur la voûte palatine, sur les gencives, sur la face inférieure de la langue.

Leur forme et leurs dimensions sont non moins variables : il s'agit tantôt de petits îlôts, d'abord arrondis qui s'étendent ensuite ou bien se rapprochent les uns des autres se fusionnant entre eux de façon à constituer ces vastes placards qui peuvent engaîner la langue comme dans une cuirasse. Tantôt la muqueuse des joues présente seulement de minces traînées blanchâtres ou d'un gris violacé, allongées dans le sens antéro-postérieur ou obliques, plongeant dans le sillon gingivo-génien. Souvent elles forment une sorte de triangle dirigé vers la commissure labiale. La langue peut bien être, dans ces cas de leucoplasie des joues, complètement indemne, mais d'ordinaire elle est aussi le siège d'une ou deux plaques discrètes, disposées parfois chacune d'un côté du sillon médian. Cette variété de leucoplasie atténuée sur la langue, plus accentuée sur la muqueuse génienne, a souvent été regardée comme reconnaissant une origine tabagique.

L'épaisseur de la plaque proprement dite, c'est-à-dire de l'enduit qui recouvre la muqueuse est plus ou moins considérable, elle peut atteindre 3 ou 4 millimètres. Souvent, il semble constitué par un semis de petits grains arrondis, grisâtres, isolés ou très confluents, disposition fréquente sur la face interne des joues, au niveau d'une dent en mauvais état. La coloration n'est d'ailleurs jamais la même, et il suffit de légères irritations, de l'état de la digestion, d'altérations même légères des fonctions de l'estomac ou de l'intestin pour accentuer la couleur de certains placards. On peut dire qu'en général ils sont d'un blanc nacré au moment de leur période d'activité, qu'ils deviennent ensuite d'une teinte plus atténuée et violacée lorsque la lésion a des tendances à rétrocéder.

La palpation de ces plaques apprend encore que leur consistance est des plus variables : il en est de dures et saillantes, il y en a d'autres très résistantes et sèches, à linéaments assez durs pour déprimer dans leurs mailles la muqueuse qui semble ficelée par elles. Les larges plaques que l'on rencontre parfois sur la langue peuvent être imbriquées, offrir plus de mollesse, leur pronostic semble grave.

Presque tous les placards leucoplasiques deviennent le siège d'une desquamation plus ou moins accentée. Sur la muqueuse génienne surtout, on voit, à l'occasion du simple contact des aliments, se détacher de minces lambeaux blanchâtres, laissant une muqueuse sous-jacente épaissie, rarement saignante. Cette desquamation se fait le plus souvent à l'insu des malades.

Au bout de quelque temps, les placards perdent leur souplesse primitive, deviennent parcheminés, cornés. Alors, pendant les mouvements divers de la muqueuse demeurée extensible, ils peuvent se craqueler, se déchirer, d'où la production de fissures, de sillons, de pertes de substance plus ou moins étendues. Comme des parcelles alimentaires peuvent s'introduire dans ces sillons, très profonds quelquefois, ils deviennent le siège de poussées inflammatoires et font prospérer la maladie. Ces érosions ne manquent pas de déterminer une certaine gêne et même des douleurs avec retentissement du côté de la face et des oreilles. A côté de ces sillons on observe aussi des plissements, de véritables rides de la muqueuse dont le chorion a pu subir une sorte d'atrophie.

Tous ces troubles trophiques ne sont jamais sans s'accompagner, surtout chez les arthritiques, d'une turgescence et d'une dilatation très spéciales des plexus veineux de la région. A la base de la langue

Digitized by Google

notamment, ou voit les veines énormes variqueuses; sur la face interne des joues souvent une trainée leucoplasique est accompagnée d'une veinule bien apparente; l'ensemble de la muqueuse génienne offre parfois une teinte violacée générale. Enfin, à côté des placards leucoplasiques saillants, véritables papillomes déjà, reconnaissables à l'hypertrophie des papilles, on voit des régions de la langue dépapillées et luisantes, cicatricielles : ce sont des placards anciens dont les papilles se sont peu à peu atrophiées.

Il est presque de règle de trouver chez un même sujet plusieurs variétés représentées; comme le dit Brocq, chaque malade présente sa variété objective et même subjective de leucoplasie.

Toujours la muqueuse, dans l'intervalle des placards leucoplasiques, reste fragile et peut s'exulcérer sous la moindre irritation. Ces érosions contribuent aux troubles que présentent les sujets, mais la gêne fonctionnelle peut se manifester sans elles : les malades se plaignent d'une certaine hyperesthésie au contact des liquides trop chauds ou trop froids, des aliments épicés, de la fumée de tabac. Le matin, surtout au réveil, il existe une sécheresse accentuée de la bouche, enfin, on observe aussi des troubles paresthésiques plus ou moins constants, fourmillements, picotements, brûlures légères, démangeaisons. La glossodynie peut accompagner la leucoplasie.

Dans les cas où la langue est engaînée par les lésions, ses mouvements deviennent paresseux, maladroits; l'organe est plus facilement mordu au cours de la mastication, la parole est embarrassée. Le goût demeure intact, on a noté quelquefois une légère sialorrhée.

Tels sont les différents aspects, et telles sont les lésions de cette affection si utile à bien connaître, tant au point de vue de ses causes qu'au point de vue de ses aboutissants, puisque certains cliniciens n'ont pas hésité à dire que la leucoplasie marquait, pour la muqueuse buccale, le trait d'union entre la syphilis et l'épithelioma.

Voyons sur quelles observations reposent les relations de la syphilis et de la leucoplasie.

Elles reposent sur la transformation parfois constatée de lésions syphilitiques en lésions leucoplasiques, et surtout sur la fréquence de la syphilis dans les antécédents des sujets atteints de psoriasis buccal, enfin, pour certains auteurs, sur l'amélioration et même la guérison des placards par le traitement iodo-mercuriel.

De la transformation *in situ* d'une plaque opaline syphilitique en un placard de psoriasis, il n'y a rien à dire, c'est un fait, rare toutefois.

Quant à cette coïncidence de la leucoplasie et d'une syphilis antérieure, elle ne paraît pas suffisante pour faire de celle-ci une cause de celle-là : cette relation étiologique a surtout pour elle des chiffres, des statistiques, ce qui est insuffisant. Et pour entraîner les convictions, il faudrait mieux que cela; il faudrait, par exemple, montrer que la leucoplasie syphilitique présente des caractères cliniques spéciaux qui permettent de la distinguer des cas où la syphilis n'existe pas. Or, de tels cas existent : on a vite fait de dire que sur 100 leucoplasiques, 95 avouent une syphilis antérieure, et que les 5 autres l'ignorent. Le professeur Fournier a montré que beaucoup de prétendues leucoplasies étaient en réalité des glossites tertiaires, justiciables du traitement, et que la vraie leucoplasie n'était jamais influencée par la médication iodo-mercurielle.

Incontestablement, la syphilis est fréquente dans les antécédents des leucoplasiques; si elle ne s'y rencontre pas 100 fois sur 100, comme le veut Gaucher, les statistiques de Fournier la montrent existant dans 80 0/0 des cas.

Or, que signifie une telle fréquence? Qu'il existe des maladies jouant les unes par rapport aux autres le rôle d'agents provocateurs. La syphilis n'agit pas sans doute, en l'espèce, autrement qu'un traumatisme, lequel « peut développer chez les individus à peu près toutes les maladies auxquelles ils sont prédisposés » (Charcot). Si l'on voit le traumatisme provoquer par exemple un accès de goutte, pourquoi des irritations répétées ne joueraient-elles pas le même rôle provocateur vis-à-vis de la leucoplasie? Pour être en droit de reconnaître à la syphilis une influence aussi puissante, il faudrait trouver des malades à l'abri de toutes les autres causes d'irritation de la muqueuse buccale ; or, en dehors du tabac, il est difficile d'énumérer tous les agents irritants, depuis les aliments épicés, trop chauds ou trop froids, jusqu'aux dents altérées dont le contact seul est une source continue de traumatisme.

Mais l'état morbide qui semble le plus prédisposer à la leucoplasie, c'est l'arthritisme : l'hérédité arthritique peut suffire à provoquer de telles lésions, et il n'y a qu'un trouble aussi profond de la nutrition qui soit capable de provoquer l'apparition de plaques blanches chez certains sujets non syphilitiques, non fumeurs, alors que des fumeurs incorrigibles ou des syphilitiques avérés n'en ont jamais.

Cette notion de l'influence de l'arthritisme est ancienne puisqu'elle remonte à Bazin; si depuis elle semble avoir été l'objet d'une attention moindre de la part des cliniciens, cela tient sans doute au rôle de plus en plus considérable que l'on tient à faire jouer à la syphilis dans l'étiologie de nombreuses affections, pourtant rebelles au traitement spécifique. Cependant l'observation journalière montre bien l'action sur le développement des plaques leu-

Digitized by Google

coplasiques de toutes les manifestations morbides que présentent les arthritiques soit du côté de l'estomac, soit du côté de l'intestin. On peut dire que les lésions reflètent sans cesse l'état des muqueuses stomacales et intestinales. Celui-ci demeure-t-il satisfaisant, on voit les placards s'atténuer souvent chez nombre de sujets, présenter une tendance à la rétrocession. Survient-il au contraire un écart de régime, même léger, le malade le paye par une recrudescence dans l'évolution de sa leucoplasie.

On peut donc dire que l'affection indique, dans un certain sens, le mode de réaction que présentent les épithéliomas de certains sujets vis-à-vis d'irritations mécaniques ou chimiques, locales ou éloignées.

L'histologie a montré depuis longtemps déjà, en quoi consiste la lésion : c'est une sclérose dermique avec transformation de l'épithélium buccal en épiderme épais, corné, autrement dit une variété de papillome. Cette notion avait déjà frappé les premiers auteurs qui avaient décrit la maladie ; elle expliquait, pour eux, la fréquence relative de l'épithélioma venant se greffer sur les plaques leucoplasiques. Bien entendu, les opinions les plus radicales furent émises à ce sujet, de même que pour l'origine syphilitique de l'affection, et il ne manqua pas de bons esprits pour déclarer que la leucoplasie n'est *que le* stade initial de l'épithélioma, qu'en un mot, tout individu porteur de plaques leucoplasiques doit, dans un jour plus ou moins éloigné, être victime d'un cancer de la muqueuse buccale.

En réalité, le pronostic est beaucoup moins grave, et les statistiques montrent qu'environ un quart des cas présente la dégénérescence épithéliomateuse.

Pratiquement, il faut se rappeler que toute plaque de leucoplasie doit donc être tenue pour suspecte, puisque le microscope peut y déceler des altérations épithéliales, parfois même des globes épidermiques au sein des couches hyperkératinisées (Stanziale).

Si la leucoplasie n'est pas une affection initialement cancéreuse, on peut affirmer qu'elle est très susceptible de préluder au développement de l'épithélioma.

Comment s'annonce cette transformation ?

Mauriac et Vidal ont insisté sur l'état papillomateux qui précède souvent l'apparition du cancer. — « Lorsque, après une période plus ou moins longue de leucoplasie pure et simple, dit encore Brocq, on voit les plaques blanches lisses typiques se hérisser de saillies papillaires coniques et cornées, on a un indice sérieux d'un commencement d'évolution de la lésion vers l'épithélioma ». Les tissus ne tardent pas à s'indurer et le cancroïde est constitué avec tous ses caractères. D'autres fois, c'est au niveau d'une excoriation, ou sous un revêtement leucoplasique mince qu'il apparaît, ou bien encore autour d'une fissure ulcérée, d'une érosion que l'on a traitée par des caustiques. Les bords s'indurent, la sensibilité augmente et la lésion s'étend. Bientôt, les ganglions se prennent, des douleurs lancinantes s'irradient vers l'oreille. Le médecin doit s'attacher à faire le diagnostic de la dégénérescence épithéliomateuse le plus rapidement possible.

Toutefois, il est impossible de prévoir à quelle époque une plaque leucoplasique risque de se transformer, tant est variable, suivant les sujets, le temps qui s'écoule entre le début de la lésion et celui de l'épithélioma. Il est au pouvoir du médecin et du malade de retarder ce terme. Si l'on soumet de bonne heure les sujets à une hygiène convenable, on modifie favorablement le pronostic et l'on peut dire que chez beaucoup de malades traités et dociles, les lésions tendent à rester stationnaires sinon à rétrocéder.

Toutefois, rien n'est plus difficile que d'établir un pronostic dans cette affection, puisque, à côté de lésions en apparence bénignes et qui évoluent vers le cancer, on rencontre des leucoplasies papillomateuses qui peuvent persister pendant de nombreuses années et même rétrocéder. On peut néanmoins dire que plus on se rapproche du type à fissures, à hypertrophies papillaires, avec ulcération et enduit épidermique épris, plus on doit s'attendre à une évolution épithéliomateuse.

Deux recommandations sont capitales et doivent dominer tout essai thérapeutique des leucoplasies. D'une part, il faut avant toute chose éviter les caustiques ; d'autre part, il faut se rappeler que si chez les leucoplasiques syphilitiques le traitement iodo mercuriel n'a jamais donné de résultat appréciable, en revanche, il peut exercer une influence accélératrice sur l'évolution vers le cancroïde. Car il ne faut pas établir de confusion entre l'action fondante si nette des iodures sur les lésions vraiment spécifiques, et cette légère résolution observée fréquemment au pourtour des plaques papillomateuses surélevées, à la suite d'injections de calomel.

Ces mesures de prudence une fois signalées, nous dirons qu'il n'existe pas un traitement local des leucoplasies, mais que chaque individu doit souvent être éprouvé par plusieurs des nombreux topiques que l'on a préconisés, avant de trouver celui qui convient à la variété de leucoplasie.

Nous citerons les plus employées parmi ces médications locales.

Toutefois, le premier soin du médecin sera d'étudier les différentes manifestations arthritiques que peut présenter le malade et d'agir en connaissance de cause, puisqu'il semble que ce soit de ce côté que nous puissions faire quelque chose. Les sujets mani-

Digitized by Google

festement arthritiques seront soumis à une médication générale et à une hygiène appropriée. Si en même temps que leur leucoplasie ils ont pu présenter des poussées eczémateuses, il sera bon d'essayer la thérapeutique générale des eczémas.

A ce point de vue, les eaux minérales de Vichy, Royat, Vals, tiennent le premier rang, associées au sulfate de quinine à petite dose (0 gr. 30).

Le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin sera donc l'objet d'une surveillance étroite. Le moindre écart de régime, ou simplement l'irrégularité des garde-robes, sont très souvent suivis d'une recrudescence des lésions de la bouche, toujours en imminence de poussées inflammatoires.

La première chose que le médecin doit obtenir de son malade, c'est le renoncement absolu au tabac ; il ne suffit pas de diminuer la dose, le malade doit s'abstenir *complètement* de fumer, puisque la fumée tabagique semble bien être l'irritant le plus efficace que nous connaissions.

L'alcool pur, les liqueurs, le vin pur, les aliments épicés seront supprimés pour les mêmes raisons, de même que les mets ou trop chauds ou trop froids.

Enfin la dentition sera l'objet de tous les soins. L'hygiène des dents, leur nettoyage après chaque repas devront entrer dans les habitudes des sujets atteints de leucoplasie.

Brocq conseille de s'en tenir, au début, comme topiques locaux, aux bains de bouche avec de l'eau faiblement boriquée, ou bicarbonatée. Les eaux de Vals et de Vichy, la source des Célestins en particulier seront employées avec beaucoup d'avantage. Le malade portera sur lui une bouteille aplatie, pleine de cette eau, afin de pouvoir se laver fréquemment la bouche.

Certains malades présentent, particulièrement le matin au réveil, une sécheresse très accentuée de la cavité buccale. Alors il faut recommander les onctions grasses avec de la vaseline de bonne qualité additionnée de baume du Pérou (2 0/0), de borax, d'aristol (1 0/0). Depuis longtemps on conseille aux leucoplasiques d'aller faire une cure aux eaux de Saint-Christau, station des Basses-Pyrénées.

La source des Arceaux, notamment, jouit d'une certaine réputation. L'eau est employée en bains locaux, en pulvérisations ; les malades en boivent aussi plusieurs verres par jour. « Leur principal mode d'action, dit Bénard, est une action cicatrisante et résolutive. L'action médicatrice s'accompagne ordinairement de très légers phénomènes d'excitation comparables à ceux de la poussée. Ils sont en général très modérés et facile à contenir dans les limites d'une très légère stimulation locale... Douée de propriétés cicatrisantes et résolutives, cette eau semble éminemment propre à combattre les complications furfuracées et ulcéreuses qui surviennent si fréquemment dans le cours de la glosso-stomatite leucoplasique et à diminuer l'engorgement des tissus malades. »

Besnier conseillait aussi en 1886 d'ordonner les pulvérisations avec de l'eau de Saint-Christau ou même avec une solution aseptique très faible (au dix millième par litre) de sulfate de cuivre.

Telles sont les prescriptions auxquelles on devra longtemps s'en tenir avant que d'employer des applications locales plus énergiques.

Celles-ci sont nombreuses, on peut en retenir deux : l'acide salicylique est le meilleur topique lorsqu'on a affaire à des leucoplasies à marche lente, torpide ; on réservera l'acide chromique pour les cas de fissures et d'excoriation.

Vidal conseillait d'employer une solution alcoolique d'acide salicylique au cinquième, dont on ajoute 40 gouttes à un verre d'eau pour se baigner la bouche cinq à six fois par jour.

L'acide chromique servira à badigeonner les parties malades, préalablement séchées avec un linge fin ; on n'employera que des solutions très faibles, au centième par exemple, et après s'en être servi, le malade se rincera la bouche à grande eau.

Citons encore les topiques suivants, l'huile de cade vraie et pure, le bichromate de potasse en solutions au cinquantième.

Lorsqu'une plaque leucoplasique, assez bien limitée, n'a pas changé d'aspect sous l'influence de ces médications, il est indiqué de l'enlever, soit par la curette tranchante, soit par le galvano ou le thermo-cautère. Il faut agir profondément, et sur une seule plaque à la fois. Beaucoup de praticiens sont aujourd'hui partisans de cette méthode qui remplace par une cicatrice une plaque en activité.

L'opération est des plus simples à pratiquer, et la plaie sera pansée avec du salol ou de l'aristol.

Il va sans dire que ce traitement reste le seul lorsque les placards paraissent évoluer vers l'épithélioma. Mais il faut dépasser en largeur les bords apparents et en profondeur l'induration sous-jacente. En opérant de la sorte, on peut espérer des guérisons durables comme Perrin (de Marseille), en a rapporté plusieurs observations. Quand la récidive doit se produire, c'est à brève échéance : si elle n'apparaît pas dans l'accès qui suit l'opération, le succès définitif est assuré d'après Besnier et Doyen. Toutefois le malade continuera à surveiller l'hygiène de sa bouche et à pratiquer les soins locaux : ce n'est qu'à cette condition qu'on pourra éviter le retour de l'affection.

Digitized by Google

ÉLECTROTHÉRAPIE

Hémorrhagies utérines. Indications et contre-indications de leur traitement électrique, action excito-motrice de l'électricité.

Dans un intéressant travail, notre collègue Zimmern (*Th. Paris 1901*), vient d'étudier complètement cette question de pratique.

Les hémorrhagies utérines, dites médicales, surviennent au cours des pyrexies, des cardiopathies, des maladies nerveuses, etc. Il en est de consécutives à la congestion utérine, trouble morbide non inflammatoire qu'on a encore trop de tendance à englober dans le groupe des métrites.

Sans nier l'existence de la métrite chez la vierge et au voisinage de la ménopause, Zimmern estime que la plupart des accidents hémorrhagiques qui se produisent aux deux pôles de la vie génitale, s'ils ne sont pas liés à une affection organique, relèvent des désordres congestifs. A la ménopause et au-delà, la sclérose utérine se surajoute souvent aux troubles de congestion pure et simple et vient jouer un rôle étiologique des plus importants dans la production des hémorrhagies.

Il convient donc de décrire aux lieu et place de l'ancienne métrite hémorrhagique les hémorrhagies dans les métrites véritablement infectieuses, particulièrement dans la métrite gonococcique et la métrite puerpérale. Les métrites puerpérales ou post-abortum sont très souvent hémorrhagipares, tandis que les métrites gonococciques ne saignent que peu ou pas.

Parmi les causes d'hémorrhagie utérine, la subinvolution est l'une des moins bien connues. La subinvolution utérine est infectieuse ou aseptique. Dans le premier cas, elle apparaît à la suite d'un accouchement ou d'un avortement dès que l'utérus est envahi par les agents de l'infection, et, comme le dit Doléris, l'involution utérine s'arrête alors au premier frisson qui témoigne de l'infection utérine commençante. Non infectieuse « aseptique » elle constitue un accident autonome du post-abortum ou post-partum, mais « d'où l'infection est absente ». L'hémorrhagie qui en est la conséquence habituelle y présente une allure assez particulière : l'absence de fièvre, de leucorrhée, de toute atteinte annexielle, la persistance de la perte malgré des moyens thérapeutiques énergiques, sa résistance au curetage le plus minutieux constituent des signes distinctifs tout à fait typiques.

Au sujet des hémorrhagies dues au fibrome, il y a un certain intérêt à bien distinguer celles qui dépendent de l'endométrite et celles qui n'ont d'autre origine que la congestion provoquée par la présence du néoplasme.

Le diagnostic est assez difficile, mais peut trouver dans les commémoratifs, la leucorrhée, l'existence ou la non existence d'une lésion annexielle, des éléments de grande probabilité.

Il serait banal de décrire les pertes sanguines du cancer de l'utérus.

L'hémorrhagie de la muqueuse utérine n'est, dans bien des cas, que la traduction de la congestion ovarienne, congestion qui a son origine directe dans certaines altérations de l'ovaire, ou indirecte dans certaines altérations de l'appareil génital, et qui est la cause de l'accroissement en quantité et en durée de l'écoulement physiologique ou encore de sa répétition exagérée.

Pourtant, tout en reflétant l'irritation dont l'ovaire est le siège, l'écoulement sanguin rencontre dans chacune des altérations fonctionnelles ou anatomiques de l'utérus malade la raison de modifications nouvelles, imprimées à la quantité ou à la durée du flux. Ces altérations se trouvent particulièrement dans la muqueuse, le système vasculaire et l'appareil musculaire de l'utérus.

Du côté de la muqueuse, les lésions épithéliales que l'on rencontre dans la métrite, ainsi que le développement anormal des capillaires serpentant au milieu d'un tissu embryonnaire, sans consistance, expliquent parfois l'hémorrhagie. Le retard apporté à la réfection de la muqueuse rend également compte de la persistance des pertes dues à la subinvolution. Les lésions de l'appareil vasculaire susceptibles d'engendrer des hémorrhagies relèvent fréquemment de l'artério-sclérose généralisée. Au surplus, il n'est pas rare de constater simultanément la sclérose totale de l'utérus, sclérose que l'on peut considérer comme le stigmate de la sénilité de l'appareil génital tout entier.

La musculature joue également un rôle primordial dans le mécanisme de l'hémorrhagie. Se fondant sur les recherches de Kieffen, Zimmern considère avec cet auteur la couche musculaire de l'utérus comme un énorme épanouissement de la tunique moyenne des artères, et, par conséquent, comme l'élément capital de la vaso-motricité utérine. Toute altération pathologique portant sur la fibre musculaire atteindra donc, de ce fait, dans son fonctionnement, la vaso-motricité de l'utérus : c'est ce qu'on observerait quand la muqueuse est le siège d'un travail inflammatoire qui retentit sur la couche musculaire sous-jacente : c'est ce qui se produirait encore à la puberté, quand la musculature est insuffisamment préparée à son rôle régulateur, ou à la ménopause, quand la fibre utérine a vécu sa fonction ou que l'utérus devenu sénile est envahi par du tissu conjonctif.

Digitized by Google

Quelles sont maintenant les indications et les contre-indications de l'électrisation dans les hémorrhagies utérines?

L'électricité statique, la franklinisation, ainsi que les courants de haute fréquence paraissent avoir des effets emménagogues assez marqués : aussi doit-on nécessairement les éliminer de la thérapeutique des hémorrhagies utérines, et même éviter de soumettre à ces genres d'électrisation des malades prédisposées à l'abondance des règles.

La faradisation et la galvanisation, ou, en d'autres termes, les courants interrompus et continus sont au contraire entre les mains du gynécologue deux armes d'une efficacité réelle, ainsi que Zimmern a pu l'observer dans le service du Pr Pozzi. Mais il est essentiel de les préconiser et de les utiliser d'une façon judicieuse. C'est ainsi que le courant faradique à interruptions lentes, en applications vaginales, suffit dans la plupart des cas lorsque l'hémorrhagie reconnaît pour cause la congestion utérine. La galvanisation n'est indiquée que si la congestion est déjà ancienne et qu'il y a lieu de réveiller la tonicité de la musculature utérine. C'est ainsi que la plupart des hémorrhagies congestives de la puberté cèdent à quelques applications vaginales de courant continu. Le cathétérisme utérin aussi bien que le curetage est dans ces circonstances une pratique des plus fâcheuses.

Dans les métrites, l'indication est double. Il faut tout d'abord agir sur la muqueuse et la modifier par une action caustique légère (courant galvanique, pôle positif, 50 à 80 Ma.) et secondement s'attacher à combattre la parésie musculaire. On obtient ainsi les meilleurs résultats par la galvano-caustique intra-utérine, mais encore faut-il que la métrite ne soit pas trop ancienne en date, car l'expérience a montré que dans les vieilles métrites qui saignent, l'électricité est toujours inférieure au curetage, sans doute en raison du développement exagéré du réseau vasculaire (métrites fongueuses). Et, de fait, une cautérisation électrolytique efficace des fongosités ne pourrait être obtenue qu'au prix de séances trop nombreuses. Il en est autrement des pertes dues à la subinvolution utérine. Ici l'électricité, sous forme de courant faradique, ou mieux de courant galvanique constitue le procédé de choix. C'est en effet l'un des moyens les plus certains et assurément le plus physiologique que nous possédions pour rétablir la fonction musculaire déficiente. Au surplus, ce sont précisément là les cas ou le curetage reste pour ainsi dire impuissant. Trois ou quatre séances d'électrisation bien appliquée suffisent largement pour tarir le flux hémorrhagique.

L'arrêt des hémorrhagie dans le fibrome est le triomphe de l'électrothérapie gynécologique. Seul un petit nombre de fibromes, un petit groupe seulement, est justiciable des applications électriques, et l'extension de cette thérapeutique à tous les fibromes, ainsi que le recommandent certains auteurs, constitue une exagération fâcheuse. Lorsque l'hémorrhagie constitue le symptôme inquiétant du fibrome, la galvanocaustique appliquée vigoureusement suivant les règles édictées par Apostoli, devient un traitement palliatif de premier ordre.

L'hémorrhagie est parfois en relation avec des lésions annexielles, lésions fonctionnelles ou organiques. Dans bon nombre de ces cas, les courants galvaniques appliqués suivant la voie vaginale peuvent utilement combattre le symptôme, mais il faut faire exception pour les annexites aiguës ou suppurées, qui, dans tous les cas, doivent être regardées comme une contre-indication absolue, *sine qua non*, du traitement électrique intra-utérin ou intra-cervical.

On considère parfois l'électrothérapie gynécologique comme un procédé empirique et partant dénué de toute valeur scientifique. D'après Zimmern, il n'en est rien, et l'étude physiologique de l'action des courants sur l'utérus lui a révélé quelques particularités intéressantes.

Le courant faradique agirait surtout d'une façon mécanique, en stimulant le fonctionnement de la fibre utérine.

Pour ce qui est du courant galvanique, la question est complexe.

La plupart des auteurs, se basant sur des expériences classiques, attribuent l'hémostase aux propriétés coagulantes bien connues du pôle positif. D'autres pensent que la cautérisation contenue par l'action polaire détermine la formation d'une eschare dont la cicatrice ultérieure pourrait s'opposer à toute récidive d'irruption sanguine.

Zimmern pense que, dans certains cas, l'action coagulante et l'action caustique sont pour quelque chose dans le mécanisme de l'hémorrhagie utérine, mais, pour lui, le rôle primordial est joué par l'action excito-motrice du courant galvanique, action qui s'exerce sur la musculature, action dont il a trouvé la confirmation physiologique dans des expériences qu'il a entreprises sur la chienne, et la preuve clinique dans la rapidité avec laquelle on obtient l'hémostase dans les cas ou l'hémorrhagie relève notoirement d'un vice de fonctionnement musculaire de l'utérus (subinvolution utérine par exemple). — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Le pyopneumothorax de nécessité. — Comme la pleurésie purulente ordinaire, le pyopneumothorax peut se frayer une issue à travers les parois de la cage thoracique, quoique le fait soit beaucoup plus rare. M. Ruais (*Th. de Paris*, 1900) rapporte plusieurs cas de cette complication.

Tous les pyopneumothorax sont aptes à prendre cette voie ; cependant, les fractures des côtes, les traumatismes de la poitrine, sont des causes prédisposantes. Cliniquement, la complication se traduit par une douleur en un point limité de la poitrine, au niveau d'un espace intercostal, suivie bientôt d'une saillie de cet espace, puis souvent d'un espace voisin ; c'est une tumeur indolente, molle, fluctuante, présentant, suivant la quantité de gaz contenu et suivant la position du malade, de la crépitation fine, du clapotis, du bruit de succussion, du gargouillement ; cette tumeur est réductible avec un bruit de glouglou ; elle est parfois pulsatile ; ses dimensions augmentent sous l'influence des efforts, des quintes de toux.

Livrée à elle-même, cette collection peut s'étendre en largeur, décollant peu à peu le tissu cellulaire sous-cutané et émigrant vers les lombes ou la paroi abdominale antérieure ; d'autres fois, elle s'ouvre spontanément à l'extérieur, formant une plaie fistuleuse. Signalons enfin une grave complication, toujours à craindre, c'est l'emphysème sous-cutané généralisé.

Le traitement de cette affection est variable suivant que le pyopneumothorax initial est total ou partiel : dans le premier cas, pour vider complètement la plèvre, et sans attendre l'ouverture spontanée de l'abcès de nécessité, il faut faire la pleurotomie inférieure, dans le second cas, il faut inciser l'abcès, puis ouvrir largement l'espace intercostal sous-jacent ; on placera ensuite un drain et on fera des lavages de la plèvre. — B. H.

La dilatation physiologique et le sphincter mitral. Leur rôle dans les troubles cardiaques fonctionnels et organiques. — L'orifice mitral n'a pas un calibre fixe, son anneau fibreux n'entourant pas complètement l'orifice.

Les orifices auriculo-ventriculaires se contractent pendant la systole et se dilatent pendant la diastole (Chauveau, Faivre, Hesse). Les moulages du cœur obtenus par Hesse démontrent cette dilatation et cette contraction alternées des orifices.

Dans les conditions normales, les fibres circulaires qui jouent le rôle d'un sphincter mitral, maintiennent par leur simple tonicité le diamètre normal de l'orifice. Mais si ce tonus est inférieur à ce qu'il doit être ou si le myocarde est affaibli, le sphincter, à moins qu'il n'entre en contraction, peut se dilater assez pour qu'il y ait occlusion imparfaite des valves. Cette contraction peut d'ailleurs être insuffisante pour le jeu normal des valves.

Il semble, en somme, que dans certaines conditions — autres que normales — le sphincter joue un rôle *adjuvant* ou supplémentaire, et dans d'autres un rôle *nécessaire*.

Les expériences de Roy et Adami prouvent qu'on peut déterminer une insuffisance fonctionnelle auriculo-ventriculaire, en rétrécissant artificiellement l'aorte ; ces auteurs attribuent cette insuffisance à la dilatation physiologique du sphincter ; il faut certainement l'attribuer aussi à la dilatation des parois du ventricule qui entraînent avec elles les muscles papillaires d'où l'inocclusion des valves.

L'excitation du nerf vague produit le même résultat que le rétrécissement de l'aorte (Roy et Adami), à savoir la dilatation des ventricules.

Morton Prince a noté la très grande fréquence des souffles inorganiques cardiaques, chez des conscrits en proie à une émotion vive et leur rareté au contraire chez des conscrits non émotionnés. L'excitation nerveuse, quand elle est intense, augmente sans doute le travail du cœur et détermine une dilatation physiologique de l'organe — semblable à celle qui suit l'élévation de la pression intra-ventriculaire dans les expériences de Roy et Adami : — le sphincter mitral participe à cette dilatation ventriculaire et quand il se contracte raccourcit moins qu'à l'état normal ses fibres d'où il suit que l'orifice mitral reste plus large à la fin de la systole qu'il n'est dans les conditions ordinaires et qu'il peut être franchi par le sang du ventricule ; il y a insuffisance fonctionnelle.

C'est Donald Mac Alister qui le premier avant Morton Prince et Roy et Adami émit l'idée que l'insuffisance fonctionnelle est due à une contraction insuffisante, incomplète du sphincter mitral, et cette idée lui a été suggérée par les moulages de Hesse. Cette insuffisance due à la même contraction incomplète du sphincter mitral se retrouve dans le cœur scléreux au cours de l'artério-sclérose, des maladies infectieuses (diphtérie, fièvre typhoïde), par action des toxines sur le myocarde ou sur le nerf vague. L'insuffisance peut survenir alors que nos moyens d'investigation ne nous révèlent pas l'existence de la

Digitized by Google

dilatation ventriculaire, il faut alors l'attribuer à la dilatation du sphincter mitral. Le plus souvent, la dilatation ventriculaire coexiste et explique la dilatation du sphincter mitral et sa contraction insuffisante.

En somme, dans des conditions normales, le cœur subit de très grandes variations de volume qui sont physiologiques ; ces dilatations physiologiques expliquent que l'orifice mitral peut devenir insuffisant physiologiquement, c'est-à-dire d'une manière passagère et curable.

Dans tout cet article, il me paraît n'y avoir qu'un seul argument de fait en faveur du rôle du sphincter mitral, à savoir :

Les recherches de Chauveau, Faivre, démontrent que pendant la systole, la circonférence de la base des ventricules et des orifices auriculo-ventriculaires se contracte très fortement et les orifices se dilatent pendant la diastole ; les moulages, obtenus par Hesse, des cavités ventriculaires en diastole et en systole confirment la variation de dimension de ces orifices pendant la diastole et la systole, ils se dilatent et se rétrécissent en même temps que les ventricules. Comment donc pourraient-ils subir ces variations de volume si les fibres circulaires ne jouaient pas le vrai rôle d'un sphincter.

Morton Prince (*Americ. Jo. of med. sc.*, février 1901), invoque dans son article d'autres arguments, qui ne sont pas convaincants, en faveur du rôle des fibres circulaires. La dilatation ventriculaire explique encore le mécanisme de l'insuffisance mitrale fonctionnelle.

La mort subite par le rein. — C'est la plus fréquente de toutes les morts subites, contrairement à ce que croyaient nos ancêtres, pour lesquels la mort subite ne pouvait survenir que par le trépied vital : cœur, poumon, cerveau. La cause est l'insuffisance brusque de la perméabilité rénale, retenant dans la circulation les matériaux de désassimilation qui intoxiquent l'organisme. Cette insuffisance brusque est explicable, ou bien par une congestion rapide du rein (Brouardel), ou bien par une auto-intoxication glandulaire, la cellule rénale étant paralysée par le poison urémique qui l'imprègne, ou bien encore par un spasme des petits vaisseaux du rein (Dieulafoy).

La mort subite peut survenir dans toutes les formes d'urémie ; mais trois de ces formes donnent particulièrement lieu à des difficultés au point de vue médico-légal : 1° la forme foudroyante, dans laquelle l'analyse de l'urine restant dans la vessie et l'autopsie peuvent seules donner des renseignements utiles ; 2° la forme gastro-intestinale qui peut simuler une intoxication, particulièrement celle par l'arsenic : indépendamment de l'autopsie et de la recherche du toxique dans le tube digestif, les matières vomies et les selles, l'intoxication arsénicale se révélera pendant la vie ; en dehors des signes qui lui sont communs avec l'urémie, par une sensation de soif extrême, une sécheresse intolérable de la gorge, de la conjonctivite et de l'ictère : 3° la forme comateuse, qui peut faire songer à un empoisonnement par les opiacés : le seul signe clinique différentiel important est ici la dilatation pupillaire due à l'opium, opposée au myosis de l'urémie ; en cas de doute, l'autopsie et l'examen chimique lèverait tous les doutes.

Le diagnostic différentiel, d'après Castille (*Th. de Paris*, 1900), est d'autant plus important à établir, que la mort par urémie a pu quelquefois faire supposer qu'elle avait été causée par un accident sans gravité réelle, tel qu'un traumatisme léger ou une chute Castille. — B. H.

Abcès pneumococciques du cerveau. — Les abcès du cerveau causés par le pneumocoque sont rares. M. E. Boinet n'a pu en recueillir dans la littérature médicale que 7 cas, auxquels il ajoute deux observations personnelles (*Revue de méd.*, février, 1901).

Dans le premier cas, il s'agit d'un abcès de l'hémisphère cérébral gauche ouvert dans les ventricules et consécutif à une broncho-pneumonie.

Dans le second cas, il s'agit d'un petit foyer purulent de l'hémisphère gauche qui a évolué rapidement au cours d'une méningite cérébro-spinale aiguë.

Dans le pus de ces abcès, le pneumocoque est presque toujours associé au streptocoque ou au staphylocoque. Il existait cependant, à l'état de pureté dans le fait de Siron et Josué.

Ces abcès cérébraux sont habituellement multiples, siégeant à la fois dans les deux hémisphères cérébraux, ou dans le cerveau et le cervelet. Ordinairement le pus est verdâtre, épais, fétide, assez bien enkysté.

Le pus peut pénétrer dans les ventricules cérébraux. Exceptionnellement, l'abcès se complique de thrombose des sinus. La méningite est fréquente et due, le plus souvent à une localisation concomitante de la pneumococcie.

L'abcès s'observe généralement à la suite d'une pneumonie ou d'un broncho-pneumonie.

Les symptômes varient suivant le siège, le volume, le nombre, les complications des abcès. Au début, les signes de localisation cérébrale sont parfois assez nets. Dans quelques cas, ces abcès se manifestent exclusivement par des attaques apoplectiformes. La durée oscille entre trois et cinq semaines ; rare-

Digitized by Google

ment, elle est plus courte, ou au contraire, dépasse deux mois et demi, comme un des cas de Boinet.

Le diagnostic différentiel est parfois fort difficile; le diagnostic de localisation presque toujours impossible; de sorte que le traitement idéal, chirurgical, par la trépanation, ne peut être employé et que le médecin se trouve bien désarmé en présence de cette grave complication de la pneumococcie. — E. L. M.

CHIRURGIE

Cautérisations par les vapeurs d'eau chaude. — La propriété hémostatique de la vapeur d'eau à 100° a été démontrée pour la première fois par Snegirew. En utilisant cette propriété de la vapeur, il pouvait extirper sur des chiens, de grands morceaux de foie, de rate, de rein, de poumon, de cerveau, d'os, etc., sans perte de sang. L'hémorrhagie par section de l'artère fémorale s'arrêtait. Les hémorrhagies cutanées et musculaires s'arrêtaient instantanément. Les blessures traitées de cette façon se cicatrisaient par première intention. Snegirew s'est servi des vapeurs chaudes comme *seul* moyen hémostatique dans des résections articulaires, amputation du sein, du col de l'utérus, etc., et dans le traitement d'abcès fistuleux, surtout de nature tuberculeuse.

C'est surtout Pincus qui, en perfectionnant la technique de Snegirew, a appliqué cette méthode en chirurgie gynécologique. C'est en effet contre les hémorrhagies et infections utérines qu'elle s'est montrée utile. Le danger de la méthode est de pouvoir provoquer des brûlures, si l'on ne prend pas des précautions suffisantes pour protéger le vagin et le canal cervical jusqu'à l'orifice interne. La vapeur ne doit agir que sur la cavité utérine. Il faut donc une instrumentation spéciale. La sonde utérine doit être munie de larges fenêtres et sa face postérieure est creuse, de façon à favoriser l'écoulement des vapeurs et de l'eau de condensation. Pour protéger le canal cervical, on se sert d'un tube de bois mauvais conducteur de la chaleur, fabriqué de façon à pouvoir être introduit jusqu'à l'orifice interne, entourant la sonde. Le spéculum est également en bois. L'appareil à pulvérisations est muni d'un thermomètre.

Le Dr Jansen (Hospitalstidende 1900, nos 50, 81) publie plusieurs observations d'hémorrhagies utérines de diverses origines et de métrites, où il s'est servi de la méthode de Snegirew, avec de très bons résultats.

La période de temps pendant laquelle il fait agir la vapeur chaude sur la cavité utérine, varie avec la température de celle-ci. Le thermomètre introduit dans la marmite permet de la mesurer. Le refroidissement qu'a subi la vapeur dans les conduites est d'environ 3-4°, comme l'a démontré l'expérience. Si la température de la vapeur, en arrivant dans la cavité utérine est de 105-115°, l'application ne doit durer que 15 secondes au maximum. Si la vapeur n'a que 100-105 degrés, le maximum est de 30 secondes. Ce n'est que quand on cherche une oblitération de l'utérus qu'une intervention plus énergique est permise.

Après une telle cautérisation, il se forme toujours une eschare qui se détache et est expulsée après un ou plusieurs jours, dépendant de la profondeur de l'escharification. En général, la malade reste au lit jusqu'à l'expulsion de l'eschare. Pendant ce temps, on ne doit pas faire de lavage intra-utérin.

La cautérisation à la vapeur chaude n'est pas douloureuse, si on a pris les précautions nécessaires pour protéger le vagin et le col. L'anesthésie n'est donc pas nécessaire à moins qu'il ne s'agisse de femmes nerveuses.

Le résultat de cette intervention dépend surtout de la conservation plus ou moins parfaite des éléments contractiles de l'utérus. C'est pourquoi la méthode réussit le mieux chez des individus jeunes. Quand les vaisseaux utérins sont très sclérosés, on observe souvent des échecs.

La cautérisation par la vapeur est contre-indiquée par les annexites. Dans ces cas on a vu des accidents et même un cas de mort par rupture d'un pyosalpinx. Pincus va même jusqu'à dire que, s'il y a des douleurs consécutives, cela prouve qu'il y a une maladie des annexes, ayant pu passer inaperçue jusque-là. Les myômes sous-muqueux sont également une contre-indication, car ils peuvent se nécroser ou suppurer. — Kr.

Contusion et déchirure du rein. — Ces deux termes servent souvent à désigner un même état de choses; comme le fait remarquer le Dr Moineau, dans sa thèse (Paris, 1900), il y a cependant une nuance; la contusion implique une idée de moindre gravité des lésions, symptômes moins alarmants, pronostic meilleur; mais ce n'est qu'une question de degré. Il définit la déchirure du rein, la rupture traumatique du parenchyme rénal et de sa capsule sans communication directe avec l'extérieur, autrement dit sans lésion traumatique de la peau.

La rupture du rein peut se faire indirectement par une chute sur les pieds, les ischions ou à califourchon; elle peut encore se faire indirectement par action musculaire. Le plus fréquemment, elle succède

Digitized by Google

à une violence directe ou à une chute d'un lieu plus ou moins élevé.

Le mécanisme par chute sur les pieds, les ischions ou à califourchon, n'est pas encore bien élucidé. Le mécanisme de la rupture par action musculaire s'explique par la flexion exagérée du rein sous l'impulsion de la force transmise par les viscères.

On peut expliquer de deux façons le mécanisme de la rupture par violence directe : pour les déchirures siégeant à la face postérieure, par écrasement direct sous l'influence de l'agent vulnérant sur l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire ou sur la douzième côte fracturée, courte et tranchante et peut-être sur la onzième côte ; pour les déchirures siégeant à la face antérieure, par éclatement du rein au point d'application de l'agent vulnérant, ou bien par flexion exagérée du rein repoussé en arrière par le corps contondant qui n'agit que sur sa moitié inférieure mal soutenue ; ou, enfin, par flexion forcée du rein sous le choc en retour des viscères dans une chute d'un lieu élevé.

Le diagnostic de déchirure du rein sera fait d'après l'existence des symptômes suivants : douleur et tuméfaction lombaire, hématurie, oligurie et ecchymose tardive à distance.

Le pronostic est variable suivant l'état de santé antérieur du malade, suivant que la déchirure s'accompagne de lésions du péritoine et des viscères voisins, suivant le degré même de la contusion, suivant les complications possibles consécutives à la déchirure du rein, principalement les complications infectieuses, suivant enfin le traitement employé.

Le traitement médical consistant dans le repos, diète lactée, antiseptiques urinaires et compression de la région lombaire, sera employé dans les contusions légères ou moyennes, appréciées suivant l'hémorrhagie qui peut même être très abondante. Le critérium en pareil cas doit être l'état général du sujet quelques heures après l'accident, après la dissipation du shock, pouls bien frappé, température à 37°, facies bon, points de vomissements, ni de hoquet.

Le traitement chirurgical doit être employé en cas d'hémorrhagie qui se traduira par une pâleur considérable des téguments, le pouls petit, filiforme, la température au-dessous de la normale, ou en cas de suppuration qui s'annonce vers le sixième, huitième ou dixième jour après l'accident par de la fièvre, la recrudescence des douleurs, la diminution des urines.

On aura recours à la laparotomie si l'on croit à un épanchement intra-péritonéal ou à une lésion concomitante des viscères abdominaux ; en dehors de ces cas on opérera toujours par la voie lombaire.

Le rein étant mis à nu, il faut pratiquer l'hémostase, soit par la ligature des vaisseaux, soit par des pinces laissées à demeure pendant 48 heures, soit par le tamponnement, soit même par la néphrectomie.

La rupture incomplète sera traitée par la suture ou le tamponnement. La rupture complète au niveau du hile et le broiement du rein seront justiciables de la néphrectomie.

En présence de phénomènes inflammatoires, il faut inciser, puis drainer les phlegmons périnéphrétiques ; pratiquer la néphrotomie pour les collections intra-rénales et la néphrectomie quand le rein est farci d'abcès. — J. H. M.

Des lipômes congénitaux ostéo-périostiques. — Ce sont des tumeurs rares, pouvant siéger sur tous les os du squelette et que l'on rencontre de préférence dans le sexe féminin.

Au point de vue pathologique, ils semblent résulter tantôt d'un angiôme simple ou kystique transformé, tantôt de la dégénérescence des tumeurs complexes, tantôt de la transformation de méningocèles dèshabitées ou de spina-bifida guéris ou avortés. D'autres fois il est impossible de trouver une explication pathogénique satisfaisante.

Au point de vue anatomique, le lipôme congénital ostéo-périostique est caractérisé par ses connexions intimes avec le périoste (parfois avec l'os lui-même) auquel il adhère par un pédicule fibreux ; souvent aussi il contracte des adhérences avec la peau. Ses autres caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux du lipôme ordinaire.

Généralement unique, le lipôme ostéo périostique est au point de vue histologique, le plus souvent du lipôme pur, cependant il peut présenter les mêmes variétés que le lipôme commun.

Cliniquement, il se présente sous le même aspect que le lipôme ordinaire ; à signaler, sa mobilité limitée et son adhérence possible à la peau. Son évolution est très particulière, elle est le plus souvent si rapide qu'elle fait croire à une tumeur maligne.

Cependant le pronostic est favorable, d'autant plus qu'il s'agit d'enfants âgés ou d'adultes.

Le diagnostic est difficile parce que le plus souvent on n'y songe pas ; on pensera à un sarcôme à cause de la rapidité d'évolution, à un kyste dermoïde à cause du siége ; un examen approfondi permettra d'éviter toute erreur.

Le traitement est exclusivement chirurgical : il il faut enlever la tumeur au bistouri comme on extirpe un lipôme ordinaire. — J. H. M.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action constipante de la cocaïne. — On a peu insisté sur l'action coprostasique de la cocaïne; elle est réelle comme le montre le Dr A. Capparelli (*Rassegna internatiozionale della medicina moderna*, 1er déc. 1900, n° 3).

Elle est inférieure à celle de l'opium, qui est plus rapide, presque instantanée. La cocaïne ne constipe pas au premier jour de l'administration. mais si l'on continue tous les jours à l'ingérer, la constipation s'établit et elle est rebelle. Il faut répéter les purgatifs et les lavements pour la vaincre. Malgré cela le sujet n'en ressent aucun inconvénient.

C'est ainsi qu'un enfant de 6 ans qui prenait 0,03 centigrammes de cocaïne par 24 heures fut pris, le cinquième jour, de constipation : 30 grammes d'huile de ricin, un lavement, pris deux jours de suite, ne provoquèrent pas de garde-robes; ce ne fut qu'après de nouveaux lavements, dont le dernier abondant, et huileux, que l'intestin s'exonéra.

De même chez un vieillard de 80 ans qui prenait pour des troubles gastriques de 0,05 à 0,08 centi grammes de chlorhydrate de cocaïne, resta 7 jours constipé. Il fallut aussi répéter les purgatifs et les lavements.

Cette action de la cocaïne sur la sécrétion et la motilité intestinale semble résulter d'un certain degré d'accumulation du médicament.

Quoi qu'il en soit, la constipation par la cocaïne et sa tenacité méritent l'attention des praticiens.—H. G.

L'alimentation par voie sous-cutanée. — Ce mode d'alimentation présente, au point de vue clinique, un intérêt considérable : en effet, si l'assimilation des matières albuminoïdes, des hydrates de carbone et des graisses introduites sous la peau, se faisait facilement, on posséderait un utile adjuvant des lavements nutritifs, souvent rejetés ou difficile-absorbés, et qui causent parfois une véritable inflammation de la muqueuse rectale.

M. Perrier (*Th. de Paris*, 1900) a expérimenté sur des lapins les résultats obtenus, à ce point de vue, par l'injection sous-cutanée d'huile d'olives stérilisée. Or, de ses expériences très bien conduites, et à l'aide du dosage des matériaux de désassimilation urinaire, l'auteur conclut d'abord que les injections sous-cutanées d'huile d'olives sont absolument inoffensives; la durée de la vie des lapins injectés est supérieure de deux à trois jours à celle des animaux ne recevant pas d'huile, soit une survie de 1/3. Ces résultats ne sont pas très satisfaisants jusqu'ici; ils sont toutefois bien supérieurs à ceux obtenus par M. Laborde (de Toulouse) qui, en injectant sous la peau des matières albuminoïdes, démontra que ces injections non seulement étaient inutiles, au point de vue de l'alimentation, mais qu'elles étaient toxiques et causaient de graves lésions rénales. — B. H.

Le sort des greffes thyroïdiennes. — Les nombreuses expériences de greffe thyroïdienne pratiquées chez les animaux et chez l'homme, ont été en général suivies de résultats peu encourageants. On considère habituellement que ces greffes n'agissent que comme des réservoirs de substance thyroïdienne, qui, résorbée par l'organisme, le préserve pour un certain temps des dangers de l'extirpation du corps thyroïde.

En effet, la greffe s'atrophie le plus souvent et les symptômes de l'athyroïdie se développent secondairement.

Lorsqu'ils n'apparaissent pas, on pense que c'est à cause de l'hypertrophie de certains organes pouvant remplacer le corps thyroïde.

M. Christiani avait déjà plaidé, en 1894, la cause des greffes thyroïdiennes. Dans un article récent (*Revue médicale de la Suisse Romande*, janv. 1901), il a démontré que des glandes thyroïdes, greffées depuis longtemps, avaient repris et conservé la structure du corps thyroïde normal. En étudiant la vascularisation des greffes, il a vu que le nombre et l'importance des vaisseaux y pouvait être comparés à celui de la glande thyroïde normale et surtout à celui des parties du corps thyroïde qui subissent l'hypertrophie compensatrice après l'ablation partielle.

Il ne faut donc point trop mépriser les greffes thyroïdiennes; nous voyons qu'elle peuvent vivre réellement et fonctionner; leur utilisation thérapeutique judicieuse et raisonnée est donc possible. — E. L. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Diagnostic des eaux qui transmettent la fièvre typhoïde. — M. Chantemesse lit sur la technique de la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux suspectes, un mémoire qu'il termine par des conclusions suivantes :

1° *Hygiène publique.* — La méthode permettant de découvrir assez rapidement dans l'eau la présence du bacille typhique, et même de reconnaître s'il y a pénétré depuis longtemps, laisse aux hygiénistes la possibilité d'examiner une eau suspecte avant qu'elle ait produit des désastres, ou, tout au moins, au début d'une épidémie. Elle leur donne surtout l'indication de mettre en décharge l'eau d'une source ou d'une canalisation, lorsque la présence du bacille typhique y est constatée.

2° *Etiologie de la fièvre typhoïde.* — L'origine hydrique de la fièvre typhoïde tire sa source de la présence du ba-

Digitized by Google

cille typhique dans l'eau potable; mais le nombre et surtout la qualité de ces bacilles varient beaucoup. Ces germes sont parfois nombreux et virulents, parfois rares et affaiblis. Dans ce dernier cas, les conditions secondes d'étiologie de la fièvre typhoïde prennent une importance capitale. Ce sont elles que la médecine traditionnelle a de tout temps, et à juste raison, invoquées. Le surmenage, la misère physiologique, et peut-être une qualité particulière (estivo-automnale) de la flore intestinale, réalisent pour les bacilles typhiques ingérés, quelque chose d'analogue à l'influence du milieu de prolifération et de rajeunissement dont j'ai parlé.

J'ai appliqué ma méthode à la recherche du bacille typhyque dans les garde-robes de typhiques, et j'ai souvent constaté leur présence.

L'Académie vote les conclusions du rapport de M. Besnier, sur l'utilité de la création d'un sanatorium privé, pour lépreux. *(4 juin).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Phlébite oblitérante d'une grosse veine sus-hépatique. — M. Rendu. Il s'agit d'un homme de 35 ans, alcoolique, souffrant depuis 3 mois de troubles digestifs, de douleurs constrictives à l'épigastre et d'accès de fièvre. Au moment de son entrée à l'hôpital il était très amaigri, en proie à une fièvre continue; les téguments étaient bistrés plutôt qu'ictériques; le ventre était distendu par un météorisme énorme, ne contenait pas d'ascite Le signe le plus saillant était un développement tout à fait anormal des veines sous cutanées abdominales. Le foie ne semblait pas augmenté de volume. Urines peu abondantes, normales. Œdème des membres inférieurs.

Cet état alla en s'aggravant; le liquide apparut manifestement dans le péritoine et nécessita deux ponctions successives, car il se reproduisit avec une extrême rapidité. Après l'une des ponctions apparut au creux épigastrique une tumeur arrondie que l'on prit pour un cancer de l'estomac, cancer s'accompagnant de ganglions profonds comprimant la veine cave inférieure.

Le malade succomba sept semaines après son entrée à Necker. L'autopsie montra les lésions d'une gastrite chronique scléreuse et une endophlébite oblitérante des veines sus-hépatiques. *(31 mai).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la rachi-cocaïnisation. — M. Tuffier termine par les conclusions suivantes la discussion sur la rachi-cocaïnisation, méthode dont il a été en France l'apôtre infatigable.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne doit rester dans le cadre chirurgical, et sa place est nettement marquée entre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

Reste à déterminer son champ d'action, et sur ce point nous pouvons encore nous entendre. Je n'ai eu d'autre but, dans mes cinq cents opérations actuelles, que de démontrer jusqu'où pourraient être reculées les limites de l'analgésie par voie lombaire, et j'ai prouvé que toute la chirurgie des membres inférieurs de l'abdomen et du thorax pouvait être faite sous son couvert et sans accident. Et la statistique intégrale de toutes les opérations que j'ai pratiquées sur les membres inférieurs, les organes génitaux, l'abdomen et le thorax, prouve son innocuité, car je vous demande d'apporter ici des résultats très sensiblement meilleurs : 2 1/2 p. 100 de mortalité. Est-ce à dire que l'on doit agir ainsi, que c'est là la méthode de choix? Je n'ai jamais soutenu pareille opinion : dès mon premier mémoire de 1899, j'ai exclu les nerveux, les enfants, les pusillanimes; mais si, pour exécuter une des opérations précédentes, les anesthésiques généraux sont contre-indiqués, vous avez dans la rachi-cocaïnisation un succédané efficace.

Voici, je crois, actuellement ses indications générales et ses indications spéciales.

Je partage l'opinion de Chaput, de Nélaton, de Schwartz, de Lejars, sur son indication dans tous les cas où une affection viscérale, congestion pulmonaire, emphysème, lésion rénale, lésion cardiaque, rend l'anesthésie générale particulièrement dangereuse. Les indications spéciales s'étendent aux interventions sur tout le membre inférieur, les organes génitaux de la femme et de l'homme et l'appareil urinaire tout entier. Mais dans ce secteur anatomique, l'universalité des lésions est-elle justiciable de la méthode? Mon collègue Nélaton lui réserve les seules opérations bien réglées et qui ne peuvent donner de surprises; il rétrécit trop son cadre, à mon avis. J'ai pratiqué toutes les opérations sur le membre inférieur, y compris plusieurs résections du genou, avec un parfait résultat; mes collègues Schwartz, Chaput, Lejars, Legueu, ont eu les mêmes succès. Les opérations sur l'arbre urinaire, lithotritie, extirpation de tumeur, exploration de cystite douloureuse, cathétérisme de l'uretère, néphrotomie, nephrectomie, sont souvent plus facilement et plus sûrement exécutées sous la cocaïnisation que sous la chloroformisation.

La chirurgie des organes génitaux de la femme par voie vaginale relève de ce mode d'analgésie : tous nos collègues l'ont établi. La chirurgie abdominale, dans ses opérations simples, cure radicale, hernie étranglée, appendicite, hystéropexie, peut être facilement exécutée. J'ai opéré 5 gastro-entérostomies, 13 énucléations de fibromes, 45 opérations sur l'utérus et les annexes par voie abdominale, mais je comprends les craintes de mes collègues Schwartz, Nélaton et Legueu, et les vomissements qui peuvent, ne fût-ce qu'une minute, gêner l'opérateur, peuvent rendre la méthode inférieure à l'analgésie générale; et c'est cet unique incident qui peut la faire rejeter; le jour où il disparaîtra, la contre-indication s'éteindra. Pour moi, ces nausées ne me gênent pas; je fais maintenir bien libre mon champ opératoire et je continue mon opération; le

Digitized by Google

plus souvent, quand j'ai terminé, mon opéré est en parfait état, — l'orage est passé Quant à la chirurgie pulmonaire, elle bénéficiera notablement de l'analgésie par voie lombaire.

Hysterectomie post-césarienne pour rétrécissement du vagin. — M. Delbet fait un rapport sur une observation de M. Levêque, de Saint-Germain-en-Laye. Il s'agit d'une femme de 26 ans, à laquelle on pratiqua au 5e mois de sa grossesse une injection vaginale d'acide sulfurique, moyen aussi énergique qu'inefficace pour provoquer l'avortement. Non seulement la grossesse continua à évoluer, mais il en résulta un obstacle insurmontable à l'issue du fœtus par les voies naturelles.

En effet, le vagin s'était transformé en un cône cicatriciel, dont le sommet était complètement oblitéré.

Au terme de la grossesse, dès le début du travail, M. Levêque pratiqua l'opération césarienne, qui donna un enfant vivant, bien constitué, et fit l'hysterectomie abdominale totale, non sans avoir enlevé une collerette du vagin, qui se confondait avec le col de l'utérus. Les suites de cette opération furent excellentes, la mère et l'enfant se portent bien. *(29 mai).*

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Saint-Honoré et l'arthritisme

Médication essentiellement eutrophique et stimulante, Saint-Honoré apparaît aujourd'hui comme la station la plus précieuse contre l'arthritisme. Sa réputation clinique contemporaine ne fut-elle pas établie, précisément, sur les cures étonnantes relatées par Collin, dans la congestion pulmonaire d'origine arthritique ? Combien de tuberculeux n'a-t-on pas cru guérir, qui n'étaient que des rhumatisants ? L'arthritisme respiratoire est le triomphe de Saint-Honoré et sa conception nous rend compte de bien des miracles thérapeutiques.

Pour être douce et insinuante, l'action antidiathésique de l'eau minérale sulfureuse arsénicale n'en est pas moins profonde ; la sédation arsénicale y sert, assurément, de contrefort à l'excitation sulfureuse. Quoi qu'il en soit, l'amélioration rapide de la digestion et de l'assimilation, la disparition des dyspepsies atonique et flatulente (Monin) sont d'abord les caractéristiques de Saint-Honoré. Elles nous rendent compte, en partie, du redressement nutritif, du *réglage trophique*, de la suractivité éliminatrice, qui succèdent toujours à une saison thermale bien dirigée. En outre, Binet nous a démontré la prolifération des hématies et la diminution des leucocytes du sang, sous l'action de l'eau en boisson : résultats micrographiques qui corroborent cette hypothèse chimique d'Odin, la présence de l'arséniate de fer, solubilisé, dans les sources de l'Acacia et de la Crevasse, à la faveur de l'hydrogène sulfuré, qui devient son *passe-port* (comme l'acide carbonique est celui du fer, dans les eaux acidules).

Un stigmate indéniable d'arthritisme, c'est l'angine glanduleuse. Eh bien ! de toutes les stations, Saint Honoré est, à coup sûr, celle qui a le plus rapidement et le plus complètement raison de cette variété rebelle de pharyngite; si désagréable à toutes les personnes qui ont besoin de leurs organes vocaux : professeurs, ecclésiastiques, artistes lyriques et dramatiques, etc.

Les dermatoses arthritiques, eczéma, herpès, urticaire, furonculose, lichen, pityriasis, etc., disparaissent ou s'atténuent également très vite, par l'usage, *intus et extrà*, des sources saint-honoréennes. Les arthrites et sciatiques chroniques y trouvent un précieux remède. Il en est de même de certaines variétés de métropathies rebelles survenues chez des femmes rhumatisantes ou filles de goutteux. Le pouvoir toni-nutritif du soufre et de l'arsenic dérive du rôle de ces métalloïdes dans les oxydations albuminoïdes. Dûment assimilés (grâce à cette combinaison naturelle et *vivante* qu'est l'eau minérale), le soufre et l'arsenic accélèrent l'indispensable combustion physiologique de l'albumine cellulaire, augmentant ainsi l'activité du protoplasma et, par suite, des organes eux-mêmes.

Il nous faut aussi admettre, au surplus, une action *antizymotique* s'exerçant contre les fermentations morbides. Qu'est-ce, en somme, que l'arthritisme, sinon un métatrophisme bio-chimique survenu au sein de nos tissus et de nos humeurs?

Le soufre et l'arsenic, d'une part, l'acide sulfhydrique *à l'état naissant*, d'autre part, font, de l'ingestion hydrominérale répétée à doses fractionnées, le meilleur des processus méthodiques destructeurs de tout bacille aérobie. C'est pourquoi nous voyons Saint-Honoré préserver activement les arthritiques de tout incident pathogène et travailler à la sécurité trophique et viscérale de ces diathésiques.

Mais, en dehors de l'action médicamenteuse proprement dite de l'eau en boisson, il faut faire une large place curative aux pratiques hydriatiques *externes* pour la cure rationnelle et définitive de l'arthritisme diathésique. C'est par la peau qu'entre le rhumatisme : par elle, il peut et doit sortir. A Saint Honoré, la balnéation thermale naturelle à eau courante, les nombreuses variétés de douches, les bains de piscine, etc., sont toujours admirablement supportés et font naître, avec les sensations spéciales du bien-être réactionnel le plus intense, des modifications trophiques profondes chez les dyscrasiques.

Le traitement interne ne va pas sans déterminer, il est vrai, tout d'abord, un certain degré d'excitation, poussé, parfois, jusqu'à l'exacerbation sub-aiguë de l'élément *douleur*. Mais l'apaisement et l'accalmie ne tardent guère à se produire, à mesure que s'améliore l'état général et que décroît l'éréthisme nerveux. C'est surtout chez les neurasthéniques (traités, avec le plus grand succès, par nos savants confrères de Saint-Honoré), c'est chez les neurasthéniques, dis-je, que l'on peut assister le mieux à la gra-

Digitized by Google

duelle disparition de l'irritabilité cérébro-spinale, de cet état de faiblesse excitable des nerfs, si souvent décrit et si rebelle aux actions médicamenteuses. Pour qui sait les liens diathésiques étroits qui asservissent la névrose à l'arthritisme, il est naturel de rattacher les réactions curatives de la station, chez les névropathes, à une modification constitutionnelle, *totius substantiæ*, de la nutrition dans son ensemble. Eliminations d'une part, assimilations de l'autre; ces deux pôles attirent tous les états chroniques, francs ou larvés, qui se rattachent au protée arthristisme, c'est-à-dire à la diathèse le plus foncièrement tributaire de notre belle station nivernaise. — Dr Pol Vernon.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte, par E. Barié, médecin de l'hôpital Laënnec. — 2e édition. Préface du Dr Potain. 1 vol. chez Rueff, éditeur.

C'est avec un vif plaisir que nous avons accepté de présenter ce travail à nos lecteurs; notre tâche sera rendue facile du fait que la plupart d'entre eux ont pu à maintes reprises lire dans ce journal de remarquables cliniques que M. Barié y a publiées sur la pathologie cardiaque. D'autre part, chacun sait avec quel soin, avec quelle précision et quelle clarté M. Barié rédige ses leçons. Le traité qu'il vient de publier est le fruit de longues années d'études sur son sujet favori. Elève de M. le professeur Potain, M. Barié a conservé de l'enseignement de son maître l'amour de l'étude des maladies du cœur. Son activité a été féconde. D'ailleurs, le maître a eu à cœur d'honorer son élève devenu son collègue, d'une préface dont la fin, que nous tenons à citer, est la meilleure appréciation que l'on puisse faire du livre de M. Barié : « L'auteur a su introduire, dit M. Potain, une grande clarté dans les problèmes parfois fort compliqués qu'il agite et les rendre aisément accessibles, et, mettant chaque chose à son plan, faire le départ exact de ce qu'on sait, de ce qu'on présume et de ce qu'on ignore. Les résumés qu'il a placés à la fin de chacun de ses chapitres seront singulièrement utiles à quiconque tient à ne point quitter une question sans en avoir classé les points principaux dans sa mémoire pour les y retrouver aisément au besoin. C'est une sorte de manuel annexé au livre, et il serait fort à souhaiter que les manuels, toujours associés de la sorte, soient ainsi un moyen de se souvenir méthodiquement, non une façon d'apprendre insuffisamment.

« Le livre de M. Barié me semble donc destiné à rendre aisément familières à tous des notions précises dont on vient de voir l'indispensable nécessité. » — M. Deguy.

La cure pratique de la tuberculose, par le Dr Pujade (d'Amélie-les-Bains). 1 vol. chez Carré et Naud, éditeurs. *(Paris 1901)*.

« Cette œuvre, dit le Dr Boirac dans la préface, est, de bout en bout écrite d'un style si vivant et si alerte, avec tant de verve et d'entrain, que le lecteur s'y sent comme emporté de page en page et qu'il s'étonne d'y trouver quelques-unes des qualités qui ont fait le succès d'un Alexandre Dumas ou d'un Edmond Rostand. »

C'est un excellent plaidoyer en faveur du traitement climatérique de la tuberculose dont, dit l'auteur, « la cure est facile sous un ciel bleu, au milieu des siens, dans la préoccupation attentive de tout ce qui peut concourir à rendre efficace la lutte contre la maladie », et en somme, tout le livre fait surtout pour entraîner la conviction, peut se résumer en la dernière phrase : « L'air pur n'est pas une adjuvance, c'est une nécessité; le soleil brillant n'est pas une adjuvance, c'est une nécessité, les soins affectueux, constants et intelligents de la famille, ne sont pas une adjuvance, ils sont une nécessité. » Nous ne pouvons que souscrire à ces paroles qui sont toute la vérité de la thérapie de la tuberculose, bien plus que tous les médicaments plus moins nombreux vantés comme spécifiques. — S. R.

La Peste d'Alexandrie en 1899, par Valassopoulo. Un vol. chez Maloine, éditeur.

Nous avons, dans un des précédents numéros, résumé cet important travail, ce qui nous permettra de le mentionner simplement dans les bibliographies.

ACTUALITÉ

Inauguration du Cours de clinique gynécologique du professeur Pozzi. — M. le professeur Pozzi a procédé récemment dans son beau service de l'hôpital Broca à l'inauguration de la nouvelle chaire de clinique gynécologique créée par le Conseil municipal de Paris.

Ses collègues de l'Académie, de la Faculté, des hôpitaux, ses anciens élèves, ses amis, ses admirateurs avaient tenu à assister à cette première leçon du brillant professeur, aussi l'amphithéâtre était-il de beaucoup trop petit pour contenir cette nombreuse assistance.

Après avoir adressé ses remerciements à ceux qui avaient pris l'initiative de la création de cette chaire, à ses amis qui l'ont soutenu dans la lutte, à tous ceux qui sont venus lui témoigner leur sympathie, M. Pozzi a tracé l'histoire de la gynécologie en France, montrant ainsi la part qu'il avait prise à son développement, par ses voyages, ses études, ses travaux, son enseignement et l'organisation de son service, n'oubliant pas cependant ce que ses collègues ont fait dans cette même voie.

Puis il a montré ce que devait être actuellement la gynécologie, promettant d'enseigner à ceux qui suivraient ses leçons, les abus qu'ils devraient éviter, les indications thérapeutiques qu'ils devraient s'efforcer de poser et de suivre.

En terminant, il a exprimé le désir suivant : « Je voudrais pouvoir apprendre aux jeunes médecins comment il faut interroger les malades pour ne pas les effaroucher, comment les examiner sans blesser inutilement leur pudeur, comment leur adresser, selon l'occasion, des paroles indulgentes ou sévères, sans familiarité ni dureté. Shakespeare disait que son âme était pétrie avec « le lait de l'humaine bonté », *the milk of human kindness*. J'oserai proposer à mes élèves l'exemple du grand poète tragique. Quelque dépeuplé que soit le ciel au-dessus de nos têtes, nous devons toujours y apercevoir la divine figure de Pitié. »

Des applaudissements enthousiastes ont souligné la fin de cette belle leçon; nous sommes heureux d'y joindre les nôtres et d'adresser au savant professeur nos plus sincères félicitations.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les trois hypertensions

Par H. HUCHARD, *Médecin de l'Hôpital Necker*
Membre de l'Académie de Médecine

La question que je veux traiter sommairement aujourd'hui constitue, comme un chapitre de pathologie et de thérapeutique générales, une introduction à l'étude clinique d'un grand nombre d'états morbides, des maladies du système circulatoire en particulier. Il s'agit des trois hypertensions : *artérielle*, *pulmonaire*, *portale*, considérées dans leurs conséquences cliniques et leurs déductions thérapeutiques. On verra quelle haute valeur il convient de leur accorder dans la pratique médicale.

I — HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Dans beaucoup de maladies, principalement dans celles du système circulatoire, l'hypertension artérielle ou aortique constitue un danger que les anciens avaient pressenti, quand ils parlaient de « pléthore sanguine », de « violence de l'impétus du sang », et quand Valsalva imaginait son traitement un peu barbare des anévrysmes par une diète rigoureuse, des saignées si répétées et si copieuses, que les malades devaient arriver à l'impossibilité de lever les bras hors du lit.

Prémisses physiologiques. — Autrefois, règne de la pléthore, la thérapeutique, s'appuyant sur une *physiologie* trop élémentaire, visait la *masse sanguine*. Double erreur : d'abord, parce que d'autres éléments, autrement puissants, agissent pour augmenter la tension artérielle ; ensuite, parce qu'il a été démontré par de nombreuses expériences, en particulier par celles de L. Fredericq (de Liège, en 1884), qu'après une saignée, l'abaissement de la tension artérielle est un phénomène transitoire, inconstant, et que pour le rendre plus sensible et durable, il faudrait enlever chez l'homme deux à trois litres de sang, ce qui serait dangereux et impraticable.

L'augmentation de la tension artérielle sous l'influence de l'*impulsion cardiaque* est certes démontrée deux fois : par la physiologie, au moyen de l'excitation des nerfs accélérateurs du cœur, et par la clinique, qui la mesure d'après l'importance du débit ventriculaire. Mais ce n'est pas encore au moteur central de la circulation que revient le rôle prépondérant.

La *tonicité des artères*, effet immédiat de leur élasticité et surtout de leur contractilité, doit être principalement invoquée et incriminée. L'élévation de la tension artérielle par le fait de l'augmentation du tonus vasculaire et des résistances situées à la périphérie du système circulatoire, est démontrée expérimentalement par la ligature de l'aorte, par l'excitation des nerfs vaso-constricteurs et des centres vaso-moteurs. Ces résistances périphériques, sorte de frein vasculaire, sont même nécessaires pour une bonne circulation, comme l'a démontré Cl. Bernard : « Dans une artère, la pression qui vient du centre trouve un obstacle dans la pression qui vient de la périphérie ; si ces deux pressions étaient égales, le sang ne circulerait pas, mais il n'en est pas ainsi. » A ce sujet, on me permettra de reproduire quelques paragraphes du chapitre où j'ai étudié (1) déjà les conséquences de l'hypotension et de l'hypertension artérielles.

« En réfléchissant aux résultats produits par les ligatures ou compressions de l'aorte, on peut émettre cet axiome : Toutes choses égales d'ailleurs et la masse sanguine ainsi que l'impulsion cardiaque restant normales ou invariables, la seule augmentation des résistances périphériques est capable d'élever la pression vasculaire. Bien plus, ces résistances périphériques agissent sur le moteur central dont elles renforcent la puissance systolique, et aussi sur la masse sanguine dont elles augmentent le volume dans la partie située au-dessus de l'obstacle. Par conséquent, l'intervention du seul facteur, *augmentation des résistances circulatoires périphériques*, met en jeu les deux autres, et c'est ainsi que la plus grande part, dans la production de l'hypertension vasculaire, revient à l'état de la circulation artérielle. »

C'est en s'appuyant sur l'importance attribuée au système artériel, et déjà sur la physiologie, qu'à l'avant-dernier siècle, en 1749, Sénac regardait les artères comme de « vrais cœurs sous une autre forme », que Hunter et Henle ont admis, même pour la circulation normale, un état permanent de contraction de ces vaisseaux, état désigné sous le nom de « tonus vasculaire », que Cl. Bernard a pu dire : « Un double appareil préside au mouvement du sang : l'un placé à la périphérie, régulateur des résistances ; l'autre au centre, créateur et régulateur de l'impulsion sanguine. »

Conséquences cliniques. — Alors, s'inspirant de la physiologie, la *clinique* est intervenue. Elle a vu l'importance du cœur périphérique sans méconnaître toutefois celle du cœur central ; elle a vu que souvent celui-ci est « plus entraîné qu'entraîneur », et à côté des cardiopathies

(1) *Traité clinique des mal. du cœur et de l'aorte*, 3e édition, Paris, 1899-1901.

Digitized by Google

valvulaires ou des myocardites chroniques qui commencent par le cœur pour finir aux vaisseaux et dans lesquelles les troubles hydrauliques prennent une place prépondérante avec leurs nombreuses stases sanguines, elle a fondé, d'après nos recherches, il y a près de dix-sept ans, le groupe considérable des cardiopathies artérielles qui commencent par les artères pour finir au cœur gauche et dans lesquelles prédominent l'ischémie des organes avec les nombreux accidents toxiques dus à l'insuffisance précoce du foie et du rein.

Pour les premières cardiopathies, marche continue, quoique souvent accidentée, vers l'hypotension artérielle et vers l'asystolie avec leurs conséquences bien connues ; pour les secondes, longue phase d'hypertension avec tendance presque fatale vers l'intoxication. Là, indication toni-cardiaque, toni-vasculaire, hypertensive ; ici, indication éliminatrice, antitoxique, hypotensive.

Déductions thérapeutiques ; médication hypotensive.—Voilà ce qui explique pourquoi, dans les affections du cœur, la *thérapeutique* a dû changer son orientation et son outillage. Elle n'est plus seulement basée sur la présence, sur l'intensité ou l'affaiblissement d'un souffle valvulaire, que recherchent trop exclusivement quelques médecins, sans doute par « révérence de l'antiquaille »; elle ne se contente point de voir un cœur à fortifier, elle voit un cœur à soulager ; elle ne considère pas seulement le cœur central, elle vise le cœur périphérique, et s'il est malheureusement vrai que nous ne parvenons pas à guérir les valvulites chroniques et les scléroses vasculaires définitivement constituées, nous pouvons au début, par un changement de tactique médicamenteuse, en arrêter l'évolution progressive, et obtenir, sinon des guérisons anatomiques, au moins des guérisons fonctionnelles. A ce sujet, qu'il me soit permis de reproduire encore les passages suivants où j'exposais, dès 1889 et 1893, dans le *Traité des maladies du cœur*, certains principes de cardiothérapie :

« Quand un obstacle siège dans une machine, l'ouvrier, s'il ne le trouve pas dans le jeu des soupapes, dans le piston ou le corps de pompe, s'empresse de le chercher dans les tubes de conduite ou de canalisation. Jusqu'ici, le médecin n'avait, dans les maladies du cœur, qu'une préoccupation presque constante : la recherche des lésions orificielles et la localisation des souffles valvulaires.

« Dans les cardiopathies artérielles, l'obstacle n'est pas au cœur central, mais au cœur périphérique, aux confins du courant circulatoire. C'est là qu'il faut le chercher pour le vaincre de bonne heure... A cette période, vouloir tonifier le cœur par la digitale, serait aussi illogique que si l'ouvrier pour triompher d'un obstacle situé à la périphérie, voulait exercer une forte pression sur le piston de sa machine. Pour être de bons ouvriers en cardiothérapie, nous ne devons pas nous contenter de constater un obstacle ; il faut aussi en discerner la nature et surtout le siège. Or, au début de la maladie et dans tout son cours, le cœur central, dont l'aptitude fonctionnelle est déjà diminuée par insuffisance nutritive due à l'endartérite coronarienne, va être obligé d'augmenter son travail pour vaincre les obstacles périphériques caractérisés par la vaso-constriction et l'hypertension artérielle consécutive. C'est là un cercle vicieux d'où l'on ne peut sortir qu'en agissant directement sur le cœur périphérique, représenté par les vaisseaux. Par là, on soutient déjà, on fortifie indirectement le cœur central, parce qu'on facilite son travail en desserrant le frein vasculaire. »

Depuis plus de quinze ans, des observations très nombreuses m'ont démontré que les lésions de l'artério-sclérose sont précédées pendant des semaines ou des années par une phase de troubles fonctionnels (*pré-sclérose*) consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire due à des causes diverses (infectieuses, diathésiques, toxiques), parmi lesquelles le régime alimentaire carné intensif tient la première place. A cette période, la thérapeutique réellement efficace a pour but de combattre cette sorte de surmenage artériel et de prévenir les altérations anatomiques consécutives qui, une fois constituées, deviennent trop souvent irrémédiables. Sans doute, cette opinion n'est pas généralement admise, et on objecte, sans jamais en fournir la preuve, que l'hypertension sanguine est l'œuvre et l'indice de lésions vasculaires déjà constituées et latentes. Nous vivons dans un temps où l'on ne peut concevoir une maladie sans lésion, et cette objection est bien naturelle, puisqu'elle traduit un état habituel d'opinion, et parce qu'il est toujours difficile de remonter un courant. Or, je ne saurais trop dire avec Alb. Robin que, si la fonction fait l'organe, la maladie de la fonction fait souvent la maladie de l'organe. Cette doctrine qui n'attend point les lésions pour les combattre avec l'insuccès que l'on sait, mais qui cherche à les prévenir en s'appuyant sur la pathogénie, devient la base de la thérapeutique préventive de l'artério-sclérose en général, des cardiopathies artérielles en particulier ; et cette thérapeutique préventive puise sa principale indication dans la médication hypotensive, comme je viens de le démontrer, une fois de plus, par une récente communication (1).

(1) La médication hypotensive. *Académie royale de médecine de Belgique*, 27 avril 1901.

Digitized by Google

L'importance de cette médication hypotensive est démontrée par la simple énumération des nombreux états morbides où l'hypertension artérielle, constituant un danger, doit être combattue sans retard et sans relâche :

Au stade prémonitoire de l'artério-sclérose, que j'ai étudié sous le nom de *présclérose* et qui, en l'absence encore de lésion vasculaire, est caractérisé par la simple augmentation de la tension artérielle, celle-ci étant cause et non toujours effet de la sclérose; dans l'*angine de poitrine coronarienne* et dans une catégorie de *douleurs cardiaques* dues à la distension du cœur par angiospasme périphérique; dans l'*uricémie*, l'acide urique étant un agent puissant de vaso-constriction périphérique, ce qui explique la fréquence des congestions viscérales; dans la *goutte*, qui est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur; dans l'*aortisme héréditaire*, qui peut apparaître dès le plus tendre âge comme prédisposition précoce aux maladies artérielles; dans le *tabagisme*, comme pour toutes les causes de vaso-constriction et d'artério-hypertension consécutive; dans la *néphrite interstitielle*, l'une des maladies qui élèvent au plus haut degré la tension artérielle, d'où la fréquence des ruptures vasculaires, des hémorrhagies cérébrales; dans la *syncope locale des extrémités*, dans la *maladie de Stokes-Adams*, dans les *anévrismes*; enfin à la suite de l'*alimentation carnée intensive*, l'une des causes les plus fréquentes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles. Riche en toxines vaso-constrictives, le régime alimentaire de nos jours est plutôt un *empoisonnement* alimentaire continu ou répété; cela, je ne cesse de le dire, de le redire encore, de le prouver depuis nombre d'années.

Cette énumération, déjà longue, n'est pas close, comme je l'ai déjà dit dans un travail récent sur l'emploi d'un nouveau médicament, le tétranitrate d'érythrol (1). Mais, on peut voir par là les nombreuses indications et applications de la médication hypotensive, et pour un groupe important d'affections cardiaques, au cours des *cardiopathies artérielles* qui commencent par une intoxication et finissent souvent par l'intoxication, celle-ci aboutissant à un état presque permanent de vaso-constriction, on comprend que l'indication thérapeutique consiste, non pas à s'adresser au cœur central, déjà plus ou moins atteint dans sa force contractile, mais à tout le cœur périphérique, au système artériel, dont il importe de combattre sans cesse la contraction exagérée pour soulager et faciliter le travail du cœur central.

Pour les *anévrismes*, je n'ai qu'à reproduire ce que j'écrivais il y a deux ans au sujet de leur traitement : « Sans doute, la coagulation intra-anévrysmale par les injections gélatineuses ou tout autre moyen, est le but vers lequel doivent tendre les efforts de la thérapeutique médicale, et de tout temps on a voulu la réaliser par des procédés divers. Mais il faut chercher en même temps à écarter toutes les causes capables de retarder, d'empêcher même cette coagulation, et parmi elles il n'en est pas de plus active et de plus dangereuse en même temps, que l'hypertension artérielle dont sont atteints quelques anévrismatiques. Un anévrisme n'est jamais si près de se rompre que lorsqu'il existe en même temps de l'artério-sclérose généralisée, ou accidentellement une néphrite interstitielle, maladie où l'hypertension artérielle est à son maximum (1). » Il en résulte que le pronostic d'un anévrisme artériel ne dépend pas toujours de son volume, mais de l'état de l'hypertension vasculaire, et que chez les scléreux et athéromateux, par exemple, la gravité est toujours plus grande, le danger de rupture plus imminent, que dans les cas où la dilatation partielle de l'artère constitue un simple accident local et sans complication de sclérose artérielle plus ou moins généralisée. Les faits suivants, presque des expériences sur l'homme, démontrent l'importance de cet élément de pronostic :

En 1878, un médecin de Dantzig, Scheele, considérant que les anévrismes de l'aorte thoracique descendante sont souvent latents dans la zone comprise entre la bronche gauche et le diaphragme, avait imaginé un signe de diagnostic fondé sur l'augmentation de volume de la tumeur et sur la production ou l'exagération des douleurs thoraciques à la suite de la compression de leurs fémorales. Pratique déplorable : car, l'année suivante, un auteur anglais, Saundby, après une compression de dix à quinze secondes sur les artères crurales, qui aboutissait rapidement à l'exagération de la tension aortique, a produit en moins de vingt-quatre heures la mort par rupture du sac anévrysmal, terminaison observée également dans deux faits rapportés par le médecin de Dantzig.

Les capsules surrénales secrètent une substance douée de propriétés vaso-constrictives énergiques, et j'ai vu un anévrisme prendre subitement un grand accroissement avec menace de rupture chez un malade qui avait absorbé inconsidérément, pendant une quinzaine de jours, trois à quatre capsules d'extrait surrénal.

Depuis plus de douze ans, j'insiste sur les méfaits nombreux de l'alimentation carnée intensive, c'est-à-dire de tous les aliments riches en toxines dont la puissance vaso-constrictive est considérable, de sorte

(1) *Académie de médecine* et *Journal des Praticiens*, 1901.

(1) *Académie de médecine*, 1900.

Digitized by Google

que l'une des causes les plus fréquentes de l'artériosclérose réside dans ce régime alimentaire. C'est pour cette raison, ai-je dit encore, que dans la cure des anévrismes, on doit se préoccuper, non seulement du *contenu*, c'est-à-dire du sang à coaguler, mais aussi et surtout du *contenant*, c'est-à-dire de la poche elle-même, dont la distension suit assez exactement les progrès de l'hypertension artérielle. C'est elle que la thérapeutique doit viser et combattre sans relâche ni trève, si l'on veut que les autres traitements aient leur plein effet, si l'on veut, comme l'a dit Hogdson, « aider la nature dans ses méthodes curatives ». Alors, s'imposent l'alimentation lacto-végétarienne et la médication vaso-dilatatrice et hypotensive par divers agents thérapeutiques.

Les malades atteints d'*angine de poitrine coronarienne* présentent souvent, au moment des accès douloureux, une augmentation subite de la tension artérielle, et c'est ainsi que depuis longtemps les inhalations de nitrite d'amyle font disparaître en quelques instants les crises les plus sévères et les plus menaçantes. Mais souvent aussi, l'hypertension artérielle persiste en dehors des accès, de sorte que ces malades sont presque toujours en imminence d'accès sténocardiques. Alors, s'impose la médication hypotensive par l'alimentation lacto-végétarienne, par les iodures, la trinitrine, le tétranitrate d'érythrol.

Dans les *maladies infectieuses*, on a cru souvent voir une myocardite aiguë là où elle n'est pas, et la dilatation aiguë du cœur peut être due à l'action d'une forte hypertension sanguine. C'est ainsi que Federn (de Vienne), en 1899, a constaté une élévation de la tension artérielle dans la scarlatine par suite de l'action vaso-constrictive de certaines toxines, d'où augmentation des résistances périphériques, tachycardie et cardiectasie aiguë. Alors, dans ce cas, comme dans d'autres maladies infectieuses où l'on abuse du diagnostic de myocardite, la médication ne doit pas être cardiaque, mais vasculaire.

Tout cela, je l'ai déjà dit et écrit au sujet de la médication de l'hypertension artérielle par le tétranitrate d'érythrol (1).

La médication **artério-hypotensive** est réalisée par les inhalations de *nitrite d'amyle*, quand il s'agit d'obtenir un effet prompt et presque immédiat; par la *trinitrine*, le *tétranitrate d'érythrol*, parfois par le *vératrum viride*, toujours par le *régime alimentaire lacto-végétarien* qui a pour résultat de supprimer les obstacles périphériques créés à la faveur de l'alimentation carnée par l'angiospasme.

La circulation périphérique est encore favorisée par le *massage*, et pour se convaincre de son importance, on n'a qu'à se rappeler l'action physiologique des contractions musculaires. Celles-ci font passer dans le muscle en travail une quantité de sang beaucoup plus considérable, cinq fois plus qu'à l'état de repos, et même neuf fois d'après divers expérimentateurs. En favorisant la circulation sanguine vers la périphérie, elles soulagent le cœur, facilitent son travail sans l'augmenter, produisent les effets d'une saignée déplétive sans en avoir les inconvénients, et comme s'il s'agissait d'une saignée interne. Les vaisseaux sont les auxiliaires du cœur, et les muscles par leurs contractions sont les auxiliaires des vaisseaux. D'autre part, le massage musculaire est anti-toxique, puisqu'il favorise la disparition de nombreux déchets organiques qui l'intoxiquent, comme Zabludowski l'a démontré en faisant remarquer que chez l'homme, un repos de 15 minutes après un travail fatigant réussit à peine à restaurer la force musculaire, tandis que le massage, pratiqué à temps égal, double la quantité de travail que peut fournir ce muscle. Il y a une part de vérité dans cette idée exprimée par le vulgaire, au sujet de l'affaiblissement causé par un repos au lit prolongé. Les malades s'affaiblissent réellement, ils sentent la fatigue, parce que leurs muscles ne se débarrassent pas suffisamment de leurs déchets de désassimilation, et le meilleur moyen de leur faire récupérer quelques forces, c'est de désintoxiquer leur système musculaire par des pratiques de massage.

Il est une médication que je ne puis qu'indiquer aujourd'hui et sur laquelle j'ai commencé déjà quelques recherches. Elle s'appuie sur l'action physiologique des glandes dont les unes seraient hypertensives, comme les capsules surrénales, le corps pituitaire, la rate, les glandes parotides, le rein, le corps thyroïde d'après Livon (de Marseille), et les autres hypotensives : foie, thymus, pancréas, testicule, ovaire (1). En administrant quelques extraits de ces derniers organes et surtout du thymus, j'ai réussi parfois à diminuer l'hypertension artérielle, et c'est ainsi que l'on pourra trouver dans l'*organothérapie* une nouvelle ressource pour la médication hypotensive.

II. — HYPERTENSION PULMONAIRE.

L'hypertension pulmonaire est connue depuis longtemps, et c'est une raison pour laquelle je n'insisterai pas à son sujet. Elle se traduit surtout à l'auscultation, par le retentissement du second bruit du cœur à gauche du sternum, au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire. Elle est un symptôme habituel des affections mitrales (insuffisance et rétrécissement), mais surtout du rétrécissement, et dans cette

(1) *Journal des Praticiens*, 1901, n° 10.

(1) Livon (de Marseille). Action des sécrétions internes sur la tension sanguine. *Congrès de Montpellier 1898.*

Digitized by Google

dernière maladie elle atteint un haut et sévère degré d'intensité lorsque la thrombose auriculaire vient la compliquer.

Dans les affections gastro-intestinales et hépatiques à retentissement cardiaque, l'hypertension pulmonaire est un phénomène beaucoup plus rare qu'on a voulu le dire. En tous cas, elle n'arrive jamais à produire des accidents capables de compromettre l'existence.

Elle devient, au contraire, un grand danger dans certains états morbides, et particulièrement dans les cas où, survenant subitement au cours de la sclérose aortique et rénale, elle arrive à produire un œdème suraigu du poumon contre lequel une large saignée, faite hâtivement, peut conjurer un péril mortel.

Parfois, la double hypertension — aortique et pulmonaire — se trouve réunie chez le même sujet, ce qui donne lieu au syndrome très rebelle de l'*arythmie palpitante*. C'est dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux, décrit par nous pour la première fois, en 1895, au Congrès de Lyon, que ce syndrome apparaît parfois dans toute son intensité. Il s'explique par l'énorme travail que le cœur est obligé d'accomplir, en raison de l'hypertension artérielle produite par l'artério-sclérose et par la néphrite interstitielle souvent concomitante, et de l'hypertension pulmonaire qui est l'œuvre du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire ; d'où une arythmie palpitante et angoissante que la digitale, surtout à doses élevées et prolongées, peut singulièrement aggraver. Car, une cause fréquente de la faiblesse du cœur est dans la disproportion entre la résistance insuffisante du myocarde et les obstacles qu'il doit vaincre : obstacles au niveau de la petite circulation dans tout le réseau vasculaire du poumon, dont l'état de contracture forme comme un barrage au-devant du cœur droit ; obstacles dans la grande circulation dans tout l'arbre aortique, où l'hypertension sanguine forme un autre barrage au-devant du cœur gauche. Aux confins des deux systèmes circulatoires, les deux freins vasculaires sont trop serrés, et le cœur lutte contre eux par les palpitations et la tachycardie, jusqu'à ce qu'il commence à donner, par l'arythmie, le signe de son épuisement contractile. En hydraulique, en mécanique, quand les freins sont trop serrés, on les relâche, et on ne pense pas un instant à augmenter le pouvoir moteur de la machine, surtout si celle-ci est déjà affaiblie. En thérapeutique cardiaque, nous avons souvent le tort de vouloir toujours agir directement sur le cœur et de prescire inconsidérément la digitale. La médication des symptômes a fait son temps ; il faut s'élever plus haut, jusqu'à la cause, à la pathogénie. Celle-ci nous enseigne que chez les malades menacés par les deux hypertensions combinées, le travail du cœur n'a pas besoin d'être toujours renforcé, mais allégé ; ce n'est pas le cœur central que doit viser la thérapeutique, c'est le cœur périphérique ; ce n'est pas la palpitation, élément et condition de la lutte, qu'il faut modérer ou accroître, c'est la cause que l'on doit atteindre dans son mode de production. Ainsi, chez les chlorotiques et les nerveux, il y a certaines palpitations dues à l'angiospasme que la trinitrine et tous les médicaments hypotenseurs parviennent à vaincre, mieux que tous les médicaments cardio-toniques.

Il y aurait encore beaucoup de choses à dire sur l'hypertension pulmonaire et ses conséquences; mais, j'ai hâte d'arriver à l'étude encore sommaire de l'hypertension portale, tombée injustement dans l'oubli.

III. — HYPERTENSION PORTALE.

Il y a dans la cavité abdominale une circulation veineuse abondante sur laquelle il faut agir de bonne heure, parce que là, une stase sanguine, favorisée d'ailleurs par des conditions anatomiques et physiologiques très défavorables, peut avoir des conséquences d'autant plus graves qu'elle reste longtemps latente ou méconnue. La maladie commence par le système veineux et surtout par le système veineux intra-abdominal, ce grand égout collecteur de l'organisme. Pendant des mois et des années, il y a stase énorme et permanente dans les veines mésaraïques dont la dilatation progressive amoindrit la contractilité, et c'est ainsi que la « pléthore abdominale » des anciens, de Stahl en particulier, mérite d'être réhabilitée, si l'on s'inspire des recherches plus récentes, parmi lesquelles il convient de citer celles de Ludwig (de Leipzig), et de Heger (de Bruxelles), qui ont appelé l'attention sur la fonction antitoxique du foie, en constatant d'abord la disparition de la nicotine dans cet organe (1).

Les veines mésaraïques et la veine porte charrient lentement les toxines dont elles sont encombrées *(vena porta, porta malorum)*; le foie, insuffisant à la tâche, se congestionne (foie gastro-intestinal, non cardiaque), et neutralisant incomplètement les poisons venus du tube digestif, il les laisse pénétrer dans le cœur droit, dans les poumons qu'ils irritent, congestionnent et enflamment. C'est ainsi que l'on voit de ces malades à circulation portale retardante, congestifs pour la plupart, regardés souvent comme arthritiques, chez lesquels l'hypérémie passive avec stase veineuse se traduit par tous les signes de la pléthore abdominale : par un gros foie et par des

(1) Heger. (Expérience sur la circulation du sang dans les organes isolés *(Thèse inaug. de Bruxelles*, 1873. — *Congrès périodique international des sciences médicales*, Bruxelles 1875.—*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, 1877. *Association britannique pour l'avancement des sciences*, 1894.)

Digitized by Google

troubles gastro-intestinaux, conséquence de l'état congestif de la muqueuse digestive; par des bronchites et congestions pulmonaires à répétition et devenant ensuite presque inamovibles; par un cœur prompt à la dilatation avec contractions molles et insuffisantes; par un facies rouge et tous les symptômes de congestion encéphalique; par un rein torpide avec urines rares, sédimenteuses et chargées d'urates; par les fluxions hémorroïdaires, souvent par l'abondance du tissu adipeux. Telle est l'*hypertension portale* avec ses conséquences, les maladies par ralentissement de la nutrition, commençant toujours par le ralentissement de la circulation veineuse.

Prémisses physiologiques. — L'hypertension et la stase portales ont été réalisées d'une façon rapide par diverses expériences qui ont démontré la production de trois ordres de symptômes — anémiques, hypotenseurs, toxiques — d'où dérivent tous les autres.

Naguère, Boerhaave avait eu l'idée de pratiquer la ligature de la veine porte sur un animal, et il avait naturellement vu une coloration violacée se produire dans tous les organes d'où cette veine tire son origine. Claude Bernard avait judicieusement fait remarquer qu'après cette ligature expérimentale, « tout le sang s'accumule dans l'intestin où les artères l'apportent sans cesse, sans qu'il soit emporté ensuite. Le cerveau et les organes deviennent alors exsangues. » En 1873, Tappeiner lie la veine porte, puis Picard (de Lyon) en 1880, et ils constatent, comme Ludwig et Thiry l'avaient déjà remarqué, une diminution considérable de la tension artérielle, une accélération très marquée des contractions cardiaques qui s'affaiblissent rapidement, comme s'il s'agissait d'une hémorrhagie abondante, et c'est bien ainsi que les choses se passent. Comme si elle n'était plus, une masse considérable de sang se trouve immobilisée dans la portion sous-diaphragmatique du corps, et alors les centres nerveux, les muscles respiratoires et le cœur se trouvent dans les conditions où on aurait placé ces appareils, si ce sang immobilisé avait été soustrait à l'organisme par une grosse hémorrhagie.

Les symptômes d'*anémie*, ceux d'*hypotension artérielle* sont bien démontrés par les faits expérimentaux et cliniques. Nous allons voir apparaître les accidents *toxiques* avec la célèbre expérience de Eck (en 1877) renouvelée par Hahn, Massein, Nencki et Pavlow, et qui réalise la suppression fonctionnelle du foie. Elle consiste dans l'abouchement de la veine cave inférieure avec la veine porte, après ligature préalable de celle-ci. Les animaux meurent alors en 24 ou 48 heures au milieu d'accidents toxiques les plus rapides et les plus graves lorsqu'ils ont été nourris avec de la viande, tandis que ceux qui ont été alimentés avec du lait, c'est-à-dire avec une alimentation beaucoup moins riche en toxines alimentaires vaso-constrictives, ont une survie beaucoup plus longue. Ce fait important nous servira tout à l'heure pour la thérapeutique de l'hypertension et de la stase portales.

Conséquences cliniques. — Les résultats de ces expériences sont réalisés en grande partie en clinique, dans la *pyléphlébite*, dans toutes les *obstructions* ou *compressions de la veine porte*, à la dernière phase de la *cirrhose atrophique* où l'on observe souvent une chute considérable de la tension artérielle avec tachycardie, dans les *affections du cœur* arrivés à la décompensation, à la période du *foie cardiaque* avec stase des veines intra-abdominales. Les accidents cardio-vasculaires sont tellement prédominants qu'on peut croire alors, au cours d'une cirrhose atrophique, comme dans un cas mémorable cité en 1878 par Chuquet et Rigal à la Société anatomique, à une complication cardiaque, à une myocardite intercurrente, alors que les accidents (hypotension artérielle considérable, tachycardie, battements du cœur tumultueux et faibles avec pulsations avortées, etc.), étaient imputables à la thrombose d'une des veines mésaraïques, constatée à l'autopsie.

D'autre part, nous comprenons pourquoi certaines scléroses artérielles tirent leur origine de cette stase portale lorsqu'elle se prolonge, au lieu de survenir rapidement, comme dans les premières expériences, ou comme pour les faits cliniques d'obstruction subite et totale de la veine porte. Alors, la stase *chronique* dans les veines intra-abdominales aboutit lentement, mais sûrement à l'insuffisance hépatique, et par suite de la diffusion dans l'organisme de toxines vaso-constrictives, incomplètement arrêtées ou neutralisées par le foie insuffisant, l'état morbide entre dans une seconde phase caractérisée par un phénomène tout contraire: l'hypertension artérielle avec l'une de ses conséquences les plus immédiates, l'artério-sclérose.

Donc, la physiologie et la clinique démontrent les faits suivants: hypotension artérielle, comme conséquence immédiate de l'hypertension et d'une stase portales *suraiguës* ou *aiguës*; hypertension artérielle et sclérose vasculaire consécutive, comme effets éloignés de l'hypertension et de la stase portales *prolongées* ou *chroniques*.

L'hypertension portale s'observe assez fréquemment à l'époque de la *ménopause* chez la femme, d'où certains accidents cardiaques, tels que la tachycardie dont la pathogénie et les indications thérapeutiques ont été souvent mal comprises.

Digitized by Google

En 1866, Dechambre et Vulpian avaient remarqué la production fréquente de l'adipose à la suite des saignées répétées et abondantes auxquelles on soumettait les sujets à l'époque de Broussais, comme on a remarqué aussi le développement du tissu adipeux chez les femmes atteintes de fortes et nombreuses métrorrhagies. Or, nous avons dit que la stase portale équivalait à une hémorrhagie, et c'est ainsi que l'on doit expliquer certaines *adiposes* à l'époque de la ménopause, des hommes à la cinquantaine, des gros mangeurs, des goutteux, des uricémiques, de sorte que l'obésité doit être alors combattue dans sa cause prochaine : la stase et l'hypertension portales.

Déductions thérapeutiques. — Pour les combattre, il y a deux moyens principaux : l'*alimentation* et le *massage abdominal.*

L'alimentation doit être surtout *lacto-végétarienne*, ce qui se comprend d'après l'expérience même de Eck, puisque la quantité de toxines est augmentée ou accumulée par suite de la stase portale, et que la puissance antitoxique du foie est amoindrie ou insuffisante en raison de la surabondance et de l'accumulation des toxines d'origine gastro-intestinale.

Quant au *massage abdominal* dont les excellents effets ont été exposés par nous, il y a quelques années à l'Académie de médecine, à la suite de recherches faites dans notre service de l'hôpital Necker et signalées d'une façon remarquable par M. Cautru, il a une réelle importance. Le massage abdominal abaisse et régularise la tension artérielle, ce qui en fait un moyen thérapeutique d'une valeur incontestable dans certaines sténocardies coronariennes compliquées de stase portale ; il semble agir sur la diurèse par le même mécanisme que la digitale, puisque l'augmentation des urines coïncide, par l'emploi de ces deux moyens, avec la vaso-dilatation et la diminution de la tension artérielle succédant promptement à un état de vaso-constriction et d'hypertension artérielle; il agit non seulement sur la quantité des urines, mais sur leur composition chimique, ce qui est comme la signature de la désintoxication de l'organisme, et c'est ainsi que l'on peut noter parfois, après plusieurs massages abdominaux, l'augmentation de l'acide phosphorique, des chlorures et de l'urée, avec la diminution consécutive de l'acide urique. On peut se demander alors, comme l'a fait si bien remarquer mon interne Piatot, dont la thèse inaugurale est si instructive, si « des produits de déchets, véritables poisons dans un organisme en souffrance et dont les émonctoires sont plus ou moins encombrés, si ces produits tels que la créatine, la créatinine, etc., ne sont pas capables d'élever la tension artérielle. Si oui, comme ces produits de désassimilation des matières azotées s'oxydent mieux sous l'influence du massage, ainsi que le montrent les examens des urines, leur transformation en urée aurait pour résultat de diminuer la vaso constriction due aux poisons. (1) »

C'est ce qui explique pourquoi ce massage est souvent un agent de *renforcement* pour l'action des médicaments. Ainsi, des expériences entreprises dans mon service ont démontré le fait suivant : chez un malade atteint de stase portale, les urines ne dépassent pas le chiffre de 400 à 500 gr. par jour, malgré l'administration de la théobromine ou de la digitale; mais elles montent rapidement à 1500, 2000 et même 3000 grammes par la combinaison de deux agents thérapeutiques : digitale ou théobromine, et massage abdominal.

IV. — HYPERTENSIONS COMBINÉES.

Dans la notion des trois hypertensions, il y a une source féconde d'indications thérapeutiques que je ne puis qu'indiquer ici.

Les hypertensions peuvent être combinées chez le même sujet, et nous l'avons déjà vu pour l'*arythmie palpitante*, pour le *rétrécissement mitral des artério-scléreux* (hypertension artérielle et pulmonaire) et pour l'*œdème aigu du poumon.* Dans le *rétrécissement mitral artério-scléreux avec hypertension portale concomitante*, les trois hypertensions sont réunies, et alors le danger est grand, de tous les instants, si l'on ne sait pas agir en temps utile sur l'une des hypertensions la plus accessible aux moyens thérapeutiques. J'ai contribué à démontrer (1) que la *pneumonie des obèses goutteux* est extrêmement grave. Ici, la maladie trouve le terrain mal préparé pour la défense, en raison de la coexistence des trois hypertensions qui retardent et immobilisent en quelque sorte le cours sanguin, et l'indication consiste à combattre énergiquement cette sorte de barrage circulatoire généralisé.

Je n'insiste pas davantage sur ce sujet, ayant l'intention de compléter un jour ces considérations pratiques. Qu'il me suffise de dire que, dans les affections du cœur, par exemple, arrivées à la dernière période de leur évolution, l'impuissance des médicaments et de la digitale ou de la théobromine en particulier, ne vient pas, je ne cesse de le répéter, de l'intensité de la dégénérescence myocardique; elle est due, le plus ordinairement, à l'existence de barrages circulatoires plus ou moins nombreux que la thérapeutique doit s'attacher à combattre de bonne heure. Lorsque

(1) A. Piatot. Traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques. *Thèse inaug. de Paris.* Un volume de 212 pages. (Steinheil, éditeur, 1898).

(1) *Journal des Praticiens*, 1900.

Digitized by Google

chez un cardio-artériel, les trois hypertensions se trouvent réunies, le pronostic devient grave, le danger imminent, puisque l'action médicamenteuse devient impuissante. C'est alors qu'en se montrant bon tacticien en thérapeutique, en cherchant *d'abord* à diminuer la stase et l'hypertension portales, on arrive à retrouver, à renforcer cette action médicamenteuse, et à sauver bon nombre de malades d'une situation extrêmement périlleuse.

En résumé, trois hypertensions — pulmonaire, portale, aortique — réclament une thérapeutique hâtive et spéciale. Nous sommes mal outillés contre la première, plus puissants contre la seconde, fortement armés contre la troisième, au sujet de laquelle j'ai plus particulièrement insisté, parce que la lutte engagée contre elle devient une médication *préventive* de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles, parce que j'ai voulu faire la démonstration suivante, ainsi formulée pour la dernière fois par nous, il y a quelques mois, à l'Académie de médecine.

« Dans les maladies du cœur, et même dans des états morbides divers, l'insuffisance cardiaque ne vient pas seulement du moteur central ni de ses lésions dégénératives ou de sa faiblesse, elle est encore souvent en rapport avec les obstacles périphériques que le myocarde parvient difficilement à surmonter, et il suffit de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Alors, au moyen de la médication hypotensive, réalisée par le régime alimentaire, par le massage et certaine gymnastique musculaire, par les éthers nitriques, parmi lesquels la trinitrine et le tétranitrol occupent la première place, peut-être par l'organothérapie, le cœur périphérique vient au secours du cœur central, après en avoir troublé et entravé le fonctionnement. »

ÉTUDE CLINIQUE

De l'aérophagie

Par M. Deguy, *ancien Interne des Hôpitaux*

L'air atmosphérique n'a jamais été considéré comme un aliment de haute valeur, et les névropathes, qui, à leur insu et involontairement en déglutissent, ne tardent pas à en être incommodés et à ressentir parfois des troubles digestifs suffisamment graves pour nécessiter l'intervention active du médecin. C'est Bouveret qui, le premier, a bien mis en relief les spasmes cloniques du pharynx accompagnés de déglutition d'air et qui a donné à cet ensemble clinique le nom d'aérophagie (*Rev, méd.*, 1891). Le hasard nous ayant permis d'observer récemment avec notre maître, M. Huchard une malade atteinte de cette curieuse affection, nous en profitons pour en faire une étude d'ensemble, car les observations n'en sont peut-être pas très rares, mais la maladie est le plus souvent méconnue. Les physiologistes nous ont appris depuis longtemps qu'il était possible de déglutir de l'air atmosphérique volontairement ou involontairement, et M. Aubert a consacré à ce sujet une intéressante étude (*Lyon méd.*, 1891).

La déglutition volontaire de l'air parait se faire comme celle des liquides ou des solides; quelquefois on peut y réussir du premier coup, la plupart du temps, il faut un peu d'étude. Même fait d'ailleurs se produisit pour certains virtuoses qui en absorbaient par l'autre extrémité du tube digestif... et avaient fait leur gagne pain de cette propriété singulière.

Déjardin dans sa thèse sur les gaz intestinaux en 1814, rapporte qu'un conscrit, pour échapper au service militaire. déglutissait une énorme quantité d'air qui lui donnait du tympanisme abdominal : il est problable qu'il avait dû quelque peu s'exercer pour arriver à ce résultat.

La déglutition involontaire seule, ressort de la pathologie; et l'espèce humaine n'a pas l'apanage de cette affection. Les chevaux, plus habiles en la matière, font traverser à l'air absorbé tout leur tube digestif et émettent constamment des vents : c'est ce que les maquignons appellent le « *tic à l'air* ». Quand l'animal est au trot, le ventre se gonfle, le cheval s'essouffle et est incapable de courir; aussi, pour remédier à cet inconvénient, les marchands de chevaux leur compriment le cou, ce qui empêche les mouvements de déglutition de se produire.

Chez les individus nerveux, cette aérophagie peut se présenter, mais l'air est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, rendu sous forme de rots, elle paraît avoir, au point de vue pathogénique et physiologique, un certain degré de parenté avec le hoquet dont elle est une modalité plus grave.

Avant Bouveret, Eichhorst, en 1889, signale l'air avalé chez les hystériques; et le rejet par éructation ou la production de tympanite. Pitres (*Traité de l'hystérie*, 1891) relate l'observation d'une hystérique atteinte de hoquet survenant par accès et succèdant à l'ingestion des aliments, durant 2 à 4 heures, cessant la nuit, s'accompagnant de pesanteur à l'épigastre. Quelques minutes après le repas, en même temps qu'une sensation de gêne épigastrique survenait de l'envie de vomir, une secousse brusque, convulsive, des muscles inspiratoires. Le ventre ballonné devenait sonore à la percussion, l'estomac était dilaté par des gaz et tout tympanisme cessait avec le hoquet. Une compression brusque du cou au niveau de la clavicule enrayait ces processus morbides.

(A suivre.)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Le chloroforme en potions. — L'emploi du chloroforme à l'intérieur est surtout utile contre les gastralgies de toutes sortes. Il a une propriété analgésique très marquée, il empêche les vomissements, et a de plus, une action antifermentescible très grande quand la gastralgie résulte d'une digestion difficile. Voici les formules que l'on peut employer :

1° Eau chloroformée saturée ...	150 grammes
Eau de fleurs d'oranger.....	50 —
Eau.....	100 —

ou bien :

2° Eau chloroformée saturée.....	80 grammes
Eau de menthe.....	20 —
Sirop d'opium.....	50 —

Une cuillerée à dessert tous les quarts d'heure (de Beurmann).

Ces formules sont très recommandables, car l'eau chloroformée pure a l'inconvénient de produire une sensation de brûlure quelquefois assez vive chez des personnes dont la muqueuse œsophagienne et stomacale présente un degré assez accentué d'hyperesthésie. L'action de l'eau chloroformée est rapide et passagère. On peut y adjoindre une certaine quantité de morphine, de cocaïne, d'élixir parégorique ou de codéïne.

M. Mathieu formule ainsi la solution de codéïne :

Codéine.....	0 gr. 20
Eau de laurier cerise.....	25 grammes
Eau distillée.....	75 —
Eau chloroformée saturée.....	100 —

Les Anglais et les Américains emploient très fréquemment comme calmant de l'estomac des solutions différentes, de composition très complexe, connues sous le nom de chlorodyne. Voici en quoi, d'après Soulier, consistent ces formules :

Chloroforme.....	120 grammes
Ether.....	30 —
Alcool.....	120 —
Mélasse.....	120 —
Extrait de réglisse.....	75 —
Chlorhydrate de morphine....	0 gr. 50
Essence de menthe.....	XVI gouttes
Sirop..... ..	530 grammes
Acide cyanhydrique dilué.....	60 —

Dissoudre le chlorhydrate de morphine et l'essence dans l'alcool, ajouter le chloroforme et l'éther; d'autre part, dissoudre l'extrait de réglisse dans le sirop; ajouter la mélasse, joindre les deux solutions, agiter et ajouter l'acide cyanhydrique.

La dose à employer est de V à XV gouttes.

Gilman donnait la seconde formule suivante :

Chloroforme purifié.....	8 grammes
Glycérine..... }	àà 60 —
Alcool rectifié..... }	
Acide cyanhydrique dilué.....	8 —
Teinture de capsicum	8 —
Chlorhydrate de morphine....	0 gr. 50
Sirop	90 grammes

Une cuillerée à café pour un adulte.

Les proprétés sédatives des chlorodynes ne sont pas douteuses, d'après M. Mathieu.

La formule suivante est classique contre les vomissements avec tendance nauséeuse :

Chloroforme..... }	àà 5 grammes
Teinture d'iode..... }	

V gouttes sur un morceau de sucre deux fois par jour à chaque repas.

Dans les fortes crises de gastralgie, M. Soupault n'hésite pas à avoir recours à l'eau chloroformée associée soit à la cocaïne, soit à l'eau mentholée. On pourra ainsi formuler :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 05
Eau chloroformée saturée..... }	àà 50 grammes
Eau distillée ..... }	

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

ou bien :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 05
Menthol.....	0 — 10
Alcool	Q. S. pour dissoudre.
Eau chloroformée saturée.... }	àà 75 grammes
Eau de fleurs d'oranger..... }	

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Telles sont les principaux modes d'administration du chloroforme en potions, dont les indications sont fréquentes et pour ainsi dire quotidiennes. — M. D.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le viscum album. — Cette plante, pour laquelle les Druides avaient un respect superstitieux, n'a pas eu, ce semble, en thérapeutique, la même vénération, car elle n'eut même pas la peine de tomber, elle est restée dans un oubli qu'elle ne mérite peut-être pas. Ce fut une plante poétique et religieuse, ce qui fit qu'elle ne fut pas médicinale. Virgile, dans son *Enéide*, compare le rameau d'or que cherchait Enée au gui qu'on voit, en hiver, renouveler ses tiges et entourer de son feuillage jaune le tronc étranger qui le nourrit :

Quale solet sylvis brumali frigore viscum
Fronde virere nova, quod non sua seminat arbos,
Et croceo fœtu teretes circumdare truncos.

Digitized by Google

Pendant que Virgile écrivait ces vers, dans les Gaules, des prêtres vêtus de blanc, cueillaient l'arbuste sacré, avec une serpette d'or, en grande cérémonie, en prononçant des chants d'allégresse. Celui du chêne était fort rare, et c'est peut-être ce qui en faisait la valeur.

D'après Pline, les anciens prescrivaient le gui contre la stérilité, ils conseillaient la glu pour faire suppurer les tumeurs, mêlée à de la cire ou des résines.

Les fruits, d'où les anciens retiraient la glu, purgent avec violence, dit Roques, dans son *Traité des plantes usuelles*, et on les regarde, d'après Crantz, comme vénéneux. Cependant les oiseaux, surtout les merles et les grives, s'en nourrissent : mais on peut y répondre que ces semences ne sont pas digérées et que les oiseaux, les repandant sur les arbres, avec leur fiente, perpétuent ainsi la plante. Ce mode de reproduction avait fait dire à Plaute que les oiseaux *rendent leur mort*, attendu que la glu sert à les prendre.

On range le bois de gui, dit Lieutaud, dans la classe des médicaments antispasmodiques et des céphaliques, et il s'emploie souvent dans l'épilepsie, le vertige, etc. Malthiole, Calbatch ont été les premiers à proner ses vertus, mais Cullen et Tissot sont restés sceptiques. Selon Fonssagrives, Boerhave et van Swieten n'hésitaient pas à l'employer contre le mal comitial à la dose de 4 à 8 grammes en poudre. D'autres l'ont ordonné associé à la valériane ou au camphre.

Quoi qu'il en soit de ces propriétés, lorsque le gui est frais, il exhale une odeur nauséabonde; ses rameaux, ses feuilles et ses fruits sont amers, un peu acerbes; il est nauséeux, un peu âcre, susceptible, disent Merat et de Lens, de produire le vomissement et la purgation. D'après Reinsch, cité pas Dorvault, l'éther en isole deux substances, la viscine qui est soluble, et la viscosine qui est insoluble. Sans insister sur ces questions de chimie qui nécessitent de nouvelles recherches et méritent d'être approfondies, nous avons, à notre tour, voulu tenter l'emploi thérapeutique du gui. Des recherches commencées il y a 4 ans dans les services de nos maîtres MM. Huchard et Labadie-Lagrave nous ont montré qu'on peut en attendre quelques résultats favorables dans l'albuminurie. Parfois, sous son influence, on peut voir diminuer le taux de l'albumine urinaire. Lorsque celle-ci, sous l'influence du régime lacté intégral est arrivée à une dose minima que le lait sera incapable de faire baisser, il est possible par l'administration du viscum album de la faire rétrograder davantage. De plus, employé concurremment avec le régime lacté exclusif, dès le début, il nous a paru que l'albuminurie diminuait plus rapidement, et nous avons pris notre point de comparaison en observant différentes crises d'un même malade. Que l'on ne s'attende pas à trouver ici un médicament héroïque et providentiel, ce n'est pas ce que nous voulons dire, nous tenons simplement à faire remarquer qu'il est possible d'en obtenir de bons résultats et que l'on ne s'expose, en tout cas, à aucun danger.

Nos premiers essais ont été faits, grâce à l'extrême obligeance de notre ami Brissemoret avec une macération de viscum album dans du vin blanc, macération de 24 heures, filtrée, à la dose de un à deux verres à Bordeaux par jour. On pourra de même formuler de la *poudre de viscum album* en cachets à la dose de 1 à 2 grammes, mais l'extrait paraît préférable soit seul, soit associé au tanin sous forme pilulaire, comme par exemple dans la formule suivante :

Extrait de viscum album.....	0 gr. 10
Tanin.....	0 — 05
	Par pilule.

En donner cinq à dix par jour.

Dr Deguy.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Jaune d'œuf et lécithine. — A l'un de nos derniers numéros (*Journal des Praticiens*, n° 22), notre collaborateur Brissemoret, dans son étude des vieux médicaments, donnait plusieurs formules du *sirop d'œufs*, et rappelait qu'autrefois Payen avait insisté sur l'action reconstituante des jaunes d'œufs, en raison même de leur teneur en « matière phosphorée » constatée dès 1846 par Gobley. C'est ce qui a donné l'idée à quelques auteurs, et à Colleville (de Reims), de pratiquer des injections hypodermiques de jaunes d'œufs, à titre de médication tonique et reconstituante. Voici la préparation indiquée dans la thèse de Saint-Aubin (Paris 1900) :

Des jaunes d'œufs frais sont mêlés à poids égal à de l'huile de vaseline. On agite le mélange, et après quelques heures, celui-ci prend une cohésion parfaite. On laisse reposer 36 heures, puis on porte au bain-marie, et le liquide est ensuite filtré et stérilisé. On pratique, par séries de 5 jours, des injections de un à cinq centimètres cubes de ce liquide profondément dans la fossette rétrotranchantérienne, et alors on constate, après quelques semaines, une augmentation et un relèvement des forces. (Ces injections ne sont ni douloureuses, ni irritantes.)

Cette médication reconstituante par le jaune d'œuf est excellente, et on l'applique depuis longtemps avec le vulgaire *lait de poule*, bien connu dans les campagnes. Cependant, si l'on considère que les jaunes d'œuf renferment, non seulement de la matière phosphorée, ou lécithine, mais encore des

Digitized by Google

nucléines capables d'augmenter les proportions de l'acide urique, il est préférable d'avoir recours à l'emploi de la lécithine en nature avec doses de 0,10 à 0.50 cent. par jour en ingestion stomacale, et de 0,10 à 0,20 centigr. en injections sous-cutanées. Dans notre service, notre interne M. Bergouignan a obtenu plusieurs augmentations considérables et rapides de poids (2 à 3 kilog. au moins en 15 jours) chez des tuberculeux et chez une femme très anémique atteinte d'ulcère de l'estomac. Sous l'influence de cette médication absolument inoffensive, bien étudiée à l'étranger par Danilewski, César Serono, Tonelli, Foa, et en France par Desgrez et Zaki, Fournier et Gilbert, Huchard, on note assez rapidement une augmentation de l'appétit, des forces et du poids. Cette médication doit prendre une place importante dans la pratique médicale pour le traitement de l'anémie, de la tuberculose, du rachitisme, de certains diabètes, comme Lancereaux vient de le démontrer à l'Académie (18 juin), et surtout de la neurasthénie — H. H.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La gastrostomie; indications et technique. — Le but de cette opération est l'établissement d'une bouche stomacale destinée à nourrir les malades *dont l'*œsophage ne permet plus le passage des aliments ; de plus, empêchant les causes d'irritation dues à la déglutition des aliments, cette opération met au repos le conduit œsophagien ; elle permet même, dans certains cas, d'attaquer par voie rétrograde les sténoses de l'œsophage.

Indications. — La gastrostomie est indiquée dans les rétrécissements cancéreux et non cancéreux de l'œsophage.

Dans les *rétrécissements cancéreux*, si l'on veut faire une opération utile, il faut la faire de bonne heure, en un mot, la gastrostomie sera précoce et préventive. Comme le dit Barozzi « la gastrostomie devrait être pratiquée dans le plus bref délai possible, après que le diagnostic de cancer de l œsophage aura été posé d'une manière catégorique et sans qu'il soit tenu aucun compte du degré de la dysphagie ; c'est dans les conditions que je comprends une intervention précoce, capable d'assurer à l'opéré une survie de longue durée ». Ce diagnostic est d'ailleurs relativement facile, car lorsque chez un malade de 40 à 50 ans ou plus on voit apparaître en même temps que l'altération de l'état général une dysphagie progressive et qu'on rencontre un obstacle en explorant l'œsophage, lorsque tous ces symptômes insidieux au début, s'accentuent progressivement on peut affirmer la présence d'une sténose cancéreuse.

Faite de bonne heure, la gastrostomie est dans ce cas une opération bénigne, alors que faite d'urgence chez un malade cachectique et moribond, elle est grave, non par elle-même, mais à cause du mauvais état du malade.

La gastrostomie précoce en permettant d'alimenter le malade l'empêche de se cachectiser, le rend plus résistant et peut dès lors donner une survie très appréciable.

Dans les *rétrécissements non cancéreux* l'indication n'est plus du tout la même : ceux-ci sont en effet justiciables de la dilatation progressive et ce n'est que quand celle-ci devient impossible, lorsque la sténose est infranchissable qu'on est autorisé à pratiquer une bouche stomacale. Celle-ci permettra non seulement de nourrir le malade, mais en faisant cesser le spasme elle permettra aussi de franchir dans la suite un rétrétrécissement imperméable avant l'opération et même de le dilater progressivement. Dans certains cas de rétrécissements situés près du cardia, elle a permis de faire le cathétérisme rétrograde.

D'une façon exceptionnelle, la gastrostomie est encore indiquée dans les cas d'absence congénitale ou de malformation de l'œsophage, dans les compressions de l'œsophage par tumeur de voisinage, dans les brûlures de ce conduit avec dysphagie intense, afin de mettre le conduit au repos et d'éviter les complications inflammatoires.

Technique. — Le nombre des procédés imaginés est considérable et il semble que l'on ait compliqué comme à plaisir une opération simple ; nous n'indiquerons pas tous ces procédés, disons simplement que dans les uns l'opération est pratiquée en deux temps, dans les autres en un seul temps, et dans ce dernier groupe, les uns ont cherché à obtenir la continence par sphinctérisation, les autres par valvulation. Malheureusement, certains de ces procédés sont longs à exécuter, alors qu'au contraire il faut chercher la rapidité d'exécution et la simplicité dans une opération faite chez des malades dont l'état général est souvent tellement précaire que l'on doit renoncer à l'anesthésie générale et se servir de la cocaïne en injection sous-cutanée.

Nous avons vu récemment notre maître M. Routier exécuter cette opération avec une simplicité qui nous a surpris, après ce que nous avions vu antérieurement, ses résultats sont excellents.

Ce qu'il faut obtenir dans une gastrostomie. c'est un orifice continent ; pour cela, il faut que l'ouverture soit placée le plus haut possible vers le cardia et qu'en plus elle soit très étroite.

Les différents temps opératoires sont les suivants :

1° *Incision de la paroi abdominale.* — On n'en conseille pas moins de cinq ou six différentes, les unes verticales, les autres obliques parallèles au re-

Digitized by Google

bord costal. M. Routier fait une incision verticale le long du droit; M. Lejars incise à 2 centimètres en dedans du rebord costal, parallèlement à ce rebord, sur une étendue de 7 à 8 centimètres, l'incision commençant en haut à deux doigts de l'appendice xyphoïde pour finir en bas à la hauteur de la neuvième côte.

2° *Recherche de l'estomac.* — L'abdomen ouvert, on aperçoit le lobe gauche du foie qu'il faut soulever pour aller chercher l'estomac, difficile à trouver lorsqu'il est rétracté. On le reconnaîtra à l'épaisseur de sa paroi qui, attirée en dehors est blanc rosé, sans bosselures, striée de vaisseaux remontant vers la petite courbure. On attire l'organe au dehors avec deux doigts, avec une pince mousse ou une pince de Kocher, en évitant toute déchirure, puis, sorti en partie de l'abdomen, on le saisit entre deux doigts et on l'amène au dehors en se rendant compte avec un doigt dans le ventre de la partie qu'on attire. Lorsqu'on ne peut remonter plus haut, on repère le cone stomacal avec un fil suspenseur passé dans la paroi.

3° *Fixation à la paroi.* — Ici encore, nombreuses façons de procéder. M. Routier fait simplement quatre points : un supérieur, un inférieur prenant : toute la paroi abdominale d'un côté, la séro-musculeuse de l'estomac, la paroi abdominale de l'autre côté; deux points latéraux en U prenant : la paroi, l'estomac, puis la paroi du même côté. Le reste de la plaie est fermé au-dessus et au-dessous par quelques points.

D'autres chirurgiens, comme Lejars, ne prennent pas la peau, qu'ils réservent pour y suturer la muqueuse après ouverture.

4° *Ouverture de l'estomac.* — On a alors, entre les lèvres de la plaie, un petit cône stomacal qu'on fait saillir au moyen du fil suspenseur et qu'on incise sur une longueur de 5 millimètres environ avec un bistouri à lame étroite et effilée en ayant soin d'éviter les vaisseaux; la muqueuse n'est pas toujours facile à inciser, elle fuit l'instrument, il suffira de la prendre avec une pince pour pouvoir l'ouvrir.

M. Routier introduit alors une sonde de petit volume, qu'il fixe à la paroi, et qu'il laisse une huitaine de jours pour calibrer le trajet; au bout de ce temps on l'enlève pour l'introduire au moment des repas.

M. Lejars suture la muqueuse à la peau par quelques points, de façon à obtenir, au centre d'une collerette muqueuse affrontée à la peau, un orifice tout juste suffisant pour laisser passer une sonde n° 12 ou 13.

On peut introduire immédiatement du lait dans l'estomac; lorsque l'on peut attendre, on ne commencera l'alimentation que quelques heures après l'opération ou même le lendemain.

On applique sur la plaie un pansement stérilisé, laissant passer la sonde, que l'on obture dans l'intervalle des gavages.

Au bout de huit jours environ on peut enlever la sonde et apprendre au malade à l'introduire pour s'alimenter; si l'orifice a été placé suffisamment haut, et fait assez étroit, il sera continent tout comme dans les procédés à valvule beaucoup plus compliqués.

Faite dans ces conditions, c'est-à-dire de bonne heure, simplement, rapidement, la gastrostomie est une bonne opération qui donne des survies assez longues, qui soulage les malades, et permet dans les sténoses non cancéreuses de dilater secondairement un orifice rendu infranchissable par les spasmes. — Henri Milhiet, *Interne des Hôpitaux.*

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

L'oxycyanure d'hydrargyre en thérapeutique. — Il y a quelque temps, dans ce journal, M. Deguy (*Journal des Praticiens* 1900, n° 44), montrait les avantages que l'on peut retirer de l'oxycyanure d'hydrargyre comme antiseptique, et sa supériorité réelle sur le sublimé, à savoir : qu'il irrite moins la peau, qu'il n'attaque pas les instruments et qu'il est plus facilement toléré pour le lavage des muqueuses, vaginales et buccales.

De plus, au point de vue exclusivement pratique, il est d'un emploi très facile sous forme de comprimés. Ceux-ci, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Guillaumin, peuvent être colorés en jaune par l'acide picrique et peuvent être immédiatement rendus solubles dans l'eau froide à condition d'employer un produit chimiquement pur et défini. La question en était là, quand M. Genouville (*Ann. des maladies des organes génito urinaires*, avril 1901) vient de montrer l'utilité de ce médicament dans la thérapeutique uréthro-vésicale. Ce sel paraît doué d'une efficacité remarquable dans les uréthrites à gonocoques; en particulier, dans les écoulements anciens ou chroniques, dans ceux compliqués de cystite légère, de prostatite. Il donne de beaux succès dans la plupart des cas où le permanganate est ordinairement mis en usage et il lui est souvent supérieur.

Toutefois, il est inférieur au nitrate d'argent dans tous les cas où ce dernier sel est actuellement considéré comme indiqué, mais il est très supérieur à l'eau boriquée, dans tous les cas. Il doit s'employer à la période de déclin des blennorragies pour hâter la guérison; mais, chez les vieux rétrécis, il ne sera pas d'une efficacité remarquable.

L'oxycyanure a sur le permanganate l'avantage d'être absolument dénué de toute action irritante sur la vessie et le canal. La vessie supporte l'oxycyanure

Digitized by Google

au millième aussi facilement que l'eau boriquée, et on peut à loisir masser la prostate sans que le malade soit gêné par le besoin d'uriner.

Les doses à employer, d'après Genouville, varient de 1/5000 à 1/1000. Il faut déjà tâter la susceptibilité individuelle par une faible dose, mais on pourra rapidement et sans crainte arriver aux solutions au 1/2000 ou même plus concentrées. — S. R.

OTOLOGIE

Indications et manuel opératoire de la paracentèse du tympan. — Au cours d'une otite moyenne purulente aiguë, il y a trois indications majeures de la paracentèse. La première est le bombement de la membrane du tympan qui présente dans son quart postéro-supérieur une teinte d'un rouge plus ou moins vif et parfois un point jaune verdâtre indice de la présence de pus. La seconde, ce sont les douleurs violentes continues avec ou sans point douloureux à la pointe de l'apophyse. La troisième, ce sont les symptômes cérébraux surtout de méningisme chez les enfants, caractérisés par les vomissements, la somnolence, le vertige, le délire, les convulsions, l'inégalité du pouls et des pupilles. Tous ces signes disparaissent comme par enchantement dès que le tympan a été artificiellement ou s'est spontanément perforé.

A ces indications, MM. Lermoyez et Boulay (*Ther. des maladies de l'oreille*), ajoutent les suivantes: la paracentèse doit être faite immédiatement et systématiquement dans toutes les formes d'otites aiguës survenant au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine ou des autres maladies infectieuses graves, parce que ces otites ont toujours tendance, d'une part, à produire des lésions profondes de la caisse et à laisser à leur suite des traces indélébiles, de l'autre, à se propager au labyrinthe et à la boîte crânienne. Les complications périauriculaires nécessitent également une paracentèse immédiate. La paracentèse doit toujours être suivie d'une détente notable.

Pour pratiquer cette intervention, on se sert d'une aiguille lancéolée dite *aiguille à paracentèse*, qui doit être finement aiguisée, montée *en baïonnette*, sur un manche indépendant. On commence par désinfecter le conduit, puis on procède à l'anesthésie de la membrane. La cocaïne au 1/5° laissée dix minutes en place échoue la plupart du temps. Bonain propose de placer pendant une minute au contact de la membrane un tampon de coton imbibé du mélange suivant :

Acide phénique neigeux.....	ãã 2 grammes.
Menthol.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	

Gray se sert du mélange suivant :

Huile d'aniline.....	ãã 10 grammes.
Alcool à 90°.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.

basé sur la propriété qu'a l'huile d'aniline de rendre les épitheliums cornés perméables.

Que l'on opère avec ou sans anesthésie, il faut aller rapidement. On place le spéculum, puis dès que l'on a sous les yeux le tympan on incise le plus souvent où l'on peut, là où le tympan bombe. Mais le siège d'élection de l'incision est le quadrant postéro-inférieur de la membrane, région la moins dangereuse, la plus accessible et la plus déclive. La longueur de l'incision n'est jamais trop considérable, étant données la facilité et la rapidité avec lesquelles se ferment en général les plaies opératoires du tympan. On pique d'un coup sec à la partie inférieure de la membrane, et on agrandit l'incision en relevant la pointe de la lancette de bas en haut.

Les fautes à éviter sont l'incision de la peau du conduit, de faire une incision insuffisante, la blessure de l'artériole ou du plexus nerveux du promontoire, la blessure de la corde du tympan ou du golfe de la veine jugulaire, accidents rares et dont il suffit d'être prévenu.

Après incision, on pratique une douche d'air de vérification, qui, en même temps, vide et nettoie la caisse et on met un pasement sec et absorbant.—S. R.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement du lupus par les caustiques et les injections de substances modificatrices. — Ce traitement n'est pas le traitement de choix du lupus, il ne vaut pas les cautérisations, les scarifications, le râclage, la méthode de Finsen ou la cure radicale, mais il est utile de le connaître, car il peut se trouver telle ou telle circonstance où l'on soit obligé d'y avoir recours.

Unna a préconisé une pâte bacillicide ainsi constituée

Acide salicylique.....	ãã 2 grammes
Chlorure d'antimoine liquide.	
Créosote.....	ãã 4 —
Extrait de chanvre indien....	
Adeps lanæ.....	8 —

Après cocaïnisation, on dépose cette pâte sur la surface malade, avec une spatule, on recouvre d'un emplâtre à l'oxyde de zinc et on renouvelle la cautérisation au bout de 48 heures.

Lorsque le lupus est scléreux et résiste énergiquement, on ramollit le tissu conjonctif qui entoure les lupomes au moyen de caustiques alcalins :

Digitized by Google

Potasse caustique.....	ãã
Chaux éteinte.....	
Savon noir.....	
Eau distillée.....	

Cette méthode s'applique aux lupus en surface, mais, pour les foyers profonds, on tamponne les lupomes avec des petites tiges de bois pointues trempées dans le chlorure d'antimoine liquide pendant un quart d'heure. On les fait tourner comme une vrille, jusqu'à 2 ou 3 millimètres de profondeur, on coupe au ras de la peau avec des ciseaux, et on laisse en place en recouvrant d'emplâtre mercuriel. Ces pointes tombent spontanément au bout de 2 jours. On reprend ensuite la potasse. Ce traitement qui donne de bons résultats est douloureux.

Kaczanowski cité par le Dr Darbois (*Traitement du lupus suivant les indications*, *Th. Paris* 1901) a préconisé l'application du permanganate de potasse en poudre ; M. Balzer, après scarifications, saupoudre avec :

Permanganate de potasse.....	1 gramme
Talc.....	5 —

M. Hallopeau applique sur les surfaces ulcérées une compresse imbibée de solution de permanganate de potasse au 1/50.

Le chlorure de zinc, l'acide lactique, le nitrate d'argent, ont également leurs partisans. — S. R.

Sociétés Savantes

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer le compte rendu des Sociétés Savantes au prochain numéro. — N. D. L. R.

ACTUALITÉ

Enseignement médical des Hôpitaux et de la Faculté

Depuis quelques mois, la Faculté de médecine n'a pas une bonne presse, ce qui lui est du reste absolument indifférent, et ce qui ne changera rien aux choses ni aux hommes.

Dans la *Tribune Médicale*, notre cher et vaillant ami le Dr Laborde, toujours sur la brèche lorsqu'il s'agit de relever et de grandir son pays, parle de « scandale universitaire », au sujet de cette malheureuse chaire d'histoire de la médecine où l'on entre pour en sortir; et, à peine a-t-il prononcé cette grave parole, qu'on annonce une autre permutation, celle de la chaire de thérapeutique ! Puis, il se donne la peine de s'émouvoir au sujet d'une autre chaire vacante, celle d'ophtalmologie qui devrait revenir de droit à celui qui a été à la peine pendant dix ans, ayant fondé et dirigé un excellent service de maladies d'yeux à l'hôpital Lariboisière. Son raisonnement est la raison même..., ce qui explique pourquoi il ne sera pas écouté.

« Ce n'est point — dit-il — la qualité *d'agrégé* qui devrait constituer la condition expresse, primordiale, exclusive du choix du candidat dans le recrutement professoral ; c'est, avant tout, aux titres spécialisés, c'est à-dire à la compétence du candidat, que ce choix devrait être subordonné, si la raison déterminante de ceux auxquels il est confié était la considération des intérêts supérieurs qui devraient être, avant tout, leur objectif et leur mobile : les intérêts de l'enseignement. »

Puis, la *Gazette des Hôpitaux* s'étonne qu'à propos d'une réforme bien simple, celle de la thèse inaugurale, la montagne accouche d'une souris ; elle paraît s'étonner encore de l'état d'âme du professeur officiel abandonnant bien vite ses idées réformatrices de jadis, dès qu'il a revêtu la toque et la robe professorales.

Enfin, voilà le *Bulletin Médical* qui, après avoir raillé agréablement le système scandaleux de permutations («*permutantes permutaverunt et semper permutabunt*») continue gravement ses consultations au sujet de l'Enseignement médical, et prend — comme je l'écrivais en 1890 — pour réformateurs ceux qui ont intérêt à ne rien réformer.

Hé bien, que mes chers collègues en journalisme me permettent de leur dire : la tactique est mauvaise, et toutes les paroles, toutes les objurgations, toutes les récriminations sont autant de coups d'épée dans l'eau. Je l'affirme avec d'autant plus de sincérité que j'ai commis autrefois la même faute ; et j'ai là sous les yeux le tirage à part de cinquante pages bien inutiles, écrites en 1890 dans ce journal, au cours d'une campagne que j'ai entreprise l'un des premiers en faveur de la réforme de notre enseignement médical et des concours en médecine. Et cependant, déjà en 1890, je ne nourrissais pas de grandes espérances de persuasion, puisque je m'exprimais ainsi dès le début :

« Le conseil supérieur des Facultés a montré son impuissance. Les missions scientifiques à l'étranger se sont succédé depuis trente ans, et on est encore à chercher les résultats qu'elles ont produits. Quant aux fonctionnaires, n'en parlons pas : ils ont intérêt à ne rien changer. » — J'aurais pu ajouter : on ne peut rien espérer, comme on l'a dit, d'un pays peuplé de fonctionnaires, occupés à fonctionner les uns contre les autres.

Mais alors, devons-nous rester spectateurs impuissants et silencieux de tout ce que nous voyons ? Nullement. Mais la parole est maintenant aux actes.

Or, on nous a donné des armes pour agir, et nous serions coupables de ne pas nous en servir. Il y a sept ans, par décret de novembre 1893, sur l'initiative même du doyen de la Faculté de médecine de Paris, si je ne me trompe, on a institué dans tous les hôpitaux des « chargés de cours » en nombre vraiment considérable (près d'une centaine). C'était reconnaître implicitement l'insuffisance de l'enseignement de la Faculté, et permettre ainsi la réalisation de l'espoir que je formulais en 1890, dans ces termes : « Un

Digitized by Google

jour peut être viendra où des hommes de bonne volonté, de progrès et de patriotisme organiseront eux-mêmes un *enseignement médical des hôpitaux.* » J'ajoutais qu'il suffisait de vingt médecins de bonne volonté...

Quoiqu'il soit toujours difficile et délicat de parler de soi-même, je n'hésite pas cependant à mentionner mes efforts auxquels mon ami Laborde m'a fait l'honneur d'assister cette année dès l'inauguration de mes consultations et conférences cliniques de l'hôpital Necker. Je n'hésite même pas à parler de leur succès, puisque je le dois en grande partie aux conférenciers qui viennent, sous ma propre responsabilité et devant un nombreux auditoire, exposer les résultats de leurs travaux.

Il suffit, je le répète, que l'exemple soit suivi par vingt ou trente médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, et l'enseignement médical des hôpitaux sera un fait accompli. Mais, il ne faut pas que cet enseignement soit organisé dans une seule pensée de rivalité contre la Faculté, ce que les jeunes ou vieux agrégés, très anxieux et en quête d'investiture officielle de professorat tendent à croire. Nous tenons même à rassurer à ce sujet quelques-uns d'entre eux qui, après avoir accepté avec une sorte d'enthousiasme de prendre la parole à nos conférences cliniques, se sont ensuite excusés, vraiment avec une prudence exagérée et un trop grand et trop lointain souci de l'avenir, ce qui n'est pas toujours le signe d'un grand caractère. Sans doute, les étudiants prennent et prendront de plus en plus le chemin de l'hôpital, et déjà aux cours hospitaliers, ils se pressent plus nombreux qu'à la Faculté. Mais, où est le mal? Concurrence n'est pas synonyme d'hostilité. Loin d'être hostiles à la Faculté que maintiennent encore de vieilles et respectables traditions, nous sommes *ses auxiliaires*, et si les « chargés de cours » ont souvent plus de succès que les professeurs, c'est peut-être en vertu de cette « justice immanente » dont on parle tant. En France, le professorat n'est pas une carrière, comme à l'Etranger ; il n'est qu'un titre, qu'une plume au chapeau, un bouton d'autre couleur dans la hiérarchie du mandarinat officiel. Les « chargés » ont la charge, et on ne peut pas leur en vouloir d'animer l'enseignement par ses deux conditions de succès : l'émulation et la concurrence.

Pour ma part, je tiens tellement à montrer que je veux rester l'humble et sérieux auxiliaire de la Faculté, que j'ai prévenu, il y a quelques jours, notre honorable doyen, de mon désir de le voir assister à l'inauguration de mon cours de l'hôpital Necker au mois de novembre prochain. Il a été convenu qu'il choisirait lui-même le jour et l'heure, afin de lui permettre de venir et de resserrer les liens — jusqu'ici un peu relâchés — qui nous unissent à la Faculté. M. le doyen m'a formellement promis, et on sait qu'il n'est pas homme à laisser protester sa parole...

Alors, je m'adresse à mes collègues du journalisme : Ne laissez pas dire que, si le mandarinat a perdu la Chine, il peut perdre encore une autre Chine. Trève de paroles, et place aux actes. Ne parlez plus, ou parlez pour prêcher l'action. Si l'enseignement médical est en décadence, nous n'avons qu'à nous accuser nous-mêmes; car tous ceux qui *peuvent* professer, *doivent* professer, ce qui veut dire que tout le monde peut être professeur. Il ne s'agit que d'avoir des élèves. Le professeur officiel peut s'en passer sans grand inconvénient, tandis que le chargé de cours ne peut parler devant des banquettes vides. Voilà toute la différence, à l'avantage du premier... et aussi du second.

Il ne suffit donc pas de parler de « scandales universitaires », de dénoncer les dangers des permutations de chaires, de se lamenter sur l'étroit système de recrutement professoral, ni de proclamer l'insuccès bien connu de nombreux cours fréquentés par une dizaine d'élèves, plus attentifs aux paroles sacrées de l'examinateur qu'à celles du professeur. Rien ne sert de récriminer, de s'agiter sans agir. Nous agirons utilement, pour le plus grand bien de tous, pour l'honneur médical de notre pays, pour le bon renom de la médecine française, en fondant, de nous-mêmes, par notre seule initiative et notre ferme volonté, en fondant, dis-je, dans tous les hôpitaux des *centres d'enseignement*. Dès ce jour, la liberté de l'enseignement supérieur de la médecine qui sera entrée dans nos mœurs ou nos habitudes, existera réellement, puisqu'on se trouvera en présence du fait accompli; elle pourra s'affirmer par la libre concurrence, elle sera vivifiée par l'émulation; les cours seront naturellement choisis et payés par les élèves, non plus par tous les malheureux contribuables qui ne profitent même pas d'un enseignement insuffisant. Enfin, par la force même des choses, le corps enseignant sera séparé du corps examinant, et nous verrons, comme l'a dit si bien autrefois M. E. Besnier, l'un des plus grands professeurs (non officiels) en dermatologie, s'accomplir « une révolution à jamais glorieuse pour celui qui saura l'imposer, et féconde pour l'époque qui la réalisera ! » — H. Huchard.

Rectification. — Nous avons reçu la demande de rectification suivante, que nous nous faisons un devoir de publier :

« D'une communication récente de M. Huchard à l'Académie de médecine (28 mai 1901) relative à la symptomatologie et au traitement des anévrysmes de l'aorte, nous extrayons le passage suivant : « *Ce qu'il y a encore d'intéressant dans cette observation,* « *c'est le résultat rapide du traitement sous l'influence de l'ali-* « *mentation lactée et surtout de l'iodure de potassium aux doses* « *progressives de 5, 6, 8 grammes par jour, associées à 2 grammes* « *de glycérophosphate de chaux pour en assurer la tolérance.* »

La constatation est loin d'être nouvelle puisque, dès 1895, M. Chapotot se basait sur cette singulière propriété des glycérophosphates de neutraliser en quelque sorte les effets toxiques de l'iodure, pour réaliser cette association dans son *Neuro-Iodure*, et nous avons trop confiance dans l'esprit de justice du savant académicien pour ne pas croire à un simple oubli de sa part. Car, cette association Neuro-Iodurée est réalisée justement dans les proportions indiquées par M. Huchard, puisqu'une cuiller à soupe du dit produit renferme 0 gr. 40 de glycérophosphate et un gramme d'iodure ».

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Une nouvelle médication phosphorée : Emploi thérapeutique de la lécithine pure de l'œuf

La lécithine, on le sait, est l'un des éléments constitutifs essentiels du protoplasma nerveux. On la trouve également dans le sang, dans le sperme, et, d'une façon générale, dans tous les tissus doués d'une grande activité vitale.

Depuis longtemps, l'attention du monde médical a été appelée sur le rôle actif que pourrait jouer cette substance dans le traitement des troubles de la nutrition générale et des affections justiciables de la médication phosphorée.

Mais il semble que les vues théoriques que l'on avait sur le rôle thérapeutique éventuel de la lécithine étaient erronées ; car on l'envisageait surtout comme devant être un aliment de grande importance. Or, l'expérience a montré que la lécithine était essentiellement un excitateur des phénomènes nerveux qui président à la nutrition.

Quoi qu'il en soit, une chose s'opposait à l'emploi de la lécithine : sa rareté.

Les méthodes dont disposait l'industrie pour la produire ne la fournissaient qu'en quantités infimes et à des prix fort élevés, double condition prohibitive de son emploi. C'est ce qui explique d'ailleurs comment on eut l'idée, à défaut de lécithine, d'employer en thérapeutique les glycérophosphates minéraux.

Récemment, cependant, M. Billon résolut le problème de fabriquer en grand et à relativement bon marché la lécithine distéarique de l'œuf.

C'est ce produit qui a servi aux recherches de MM. Gilbert et Fournier, publiées à la Société de biologie en février dernier, et auquel M. Billon a donné le nom d'ovo-lécithine.

L'action physiologique de la lécithine que les recherches de Desgrez et Zaky ont particulièrement mise en relief, se traduit par :

1° Une action favorable sur les échanges nutritifs caractérisée par une augmentation notable de l'élaboration azotée.

2° Fixation du phosphore.

3° Augmentation du poids des sujets soumis à son action.

Bardet aurait, dans ses expériences déjà anciennes, trouvé une augmentation notable de l'acide urique à la suite de l'administration de lécithine et du jaune d'œuf. Cette assertion est réfutée par tous les auteurs qui ont eu à s'occuper de la lécithine dans ces derniers temps et qui ont trouvé au contraire une augmentation du coefficient d'oxydation azotée. Il est à présumer que Bardet a dû se servir de lécithines impures et ce qui tendrait à le prouver, c'est l'assimilation qu'il fait de l'action des lécithines et de l'action du jaune d'œuf qui renferme en effet des matières albuminoïdes et des nucléines pouvant être théoriquement la cause d'une surproduction d'acide urique.

L'emploi de la lécithine nous paraît particulièrement indiqué, d'après les expériences faites, dans les affections suivantes :

En première ligne, les divers états neurasthéniques (neurasthénie cérébro-spinale, gastrique, etc.) ; les troubles causés par le surmenage (physique, intellectuel ou moral) ; la faiblesse générale coïncidant avec la convalescence ou la chloro-anémie.

Viennent ensuite la tuberculose, très favorablement influencée par la lécithine pure de l'œuf, notamment aux premières périodes ; le rachitisme, la scrofulose et les arrêts de croissance, faiblesse des os, etc.

L'ovo-lécithine donne également d'excellents résultats dans le diabète, qu'il s'agisse du diabète sucré ou des diabètes insipides, comme la polyurie avec phosphaturie.

La lécithine de l'œuf peut être administrée sous forme de pilules ou dragées, de granulé, de suppositoires, d'injection intra-musculaire ou sous-cutanée profonde.

Par la voie buccale, il faudra faire absorber aux malades adultes 15 à 25 centigrammes, par jour, de lécithine, en dragées à cinq centigrammes ou en granulé dosé à cinq centigrammes par cuillerée à café. Ces médicaments seront pris de préférence une demi-heure avant les repas.

En suppositoires au beurre de cacao à 15 centigrammes, un suppositoire par jour suffira.

Les injections devront être faites dans la région fessière, profondément. Une injection tous les deux jours ou au besoin tous les jours doit suffire.

Ces injections, d'après le professeur Bouchard, ainsi, du reste, que l'administration par voie stomacale, améliorent rapidement l'élaboration des matériaux azotés de l'économie et provoquent, en outre, une fixation plus grande de l'acide phosphorique des aliments. L'appétit augmente également dans une mesure notable, et l'accroissement de poids en est la conséquence. (*Acad. sciences, 17 juin 1901*).

Chez les enfants, ces doses doivent être réduites de moitié.

L'effet de la médication se manifeste généralement entre le 5e et le 10e jour.

Mais comme la lécithine d'œuf pure n'est toxique à aucune dose (Gilbert et Fournier) on peut, sans inconvénient, en administrer de plus grandes quantités ou en prolonger l'emploi.

Il importera de recommander aux pharmaciens de ne pas employer d'eau dans la fabrication des pilules ou dragées ou du granulé à la lécithine.

Cette substance se dédouble en présence de l'eau, dans laquelle elle est d'ailleurs insoluble. Quelques gouttes d'alcool et de la poudre de guimauve seront les seuls excipients à employer dans la préparation des pilules.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur les formes prolongées ou récidivantes et les formes à rechute de la diphtérie. Sérothérapie intensive applicable à ces cas, aux diphtéries trachéo-bronchiques et aux accidents d'intoxication tardive.

par M. H. BARBIER, *médecin de l'hôpital Hérold* (1)

La marche de la diphtérie après l'injection de la dose de sérum habituelle est, dans les cas simples, ordinairement rapide, et la guérison ne tarde pas à se produire : les phénomènes généraux s'amendent ; la torpeur, l'angoisse, l'abattement, la dépression nerveuse s'atténuent et disparaissent ; le facies reprend son animation ; le pouls, accéléré d'abord, diminue de fréquence. Localement, les fausses membranes visibles cessent de s'étendre, elles se détachent ; la muqueuse périphérique et sous-jacente prend une couleur rosée de bon augure, et, au bout de trois ou quatre jours, la guérison est obtenue.

Voilà la marche habituelle, et après une dose, quelquefois deux, de sérum.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Il existe des cas où, malgré l'injection antitoxique faite à la dose classique correspondant à l'âge du malade, la maladie ne rétrocède pas, s'aggrave, et dans lesquels la mort survient. On dit généralement que dans ces cas on est intervenu trop tard, ce qui n'est pas toujours vrai. On attribue également l'insuccès aux associations microbiennes, ou à la grippe concomitante, ou à une malignité particulière de la maladie.

Il est certain que ce sont là des facteurs importants de gravité dont nul ne conteste l'importance ; et à ce propos, nous venons d'observer au pavillon de la diphtérie de l'ancien hôpital Trousseau, pendant les mois de janvier, février, mars, une épidémie de diphtérie d'une sévérité toute particulière, caractérisée presque exclusivement par des cas graves d'emblée, et qui correspond à ce qui est signalé de différents côtés sur l'aggravation de la diphtérie en ce moment à Paris.

Mais ce qui est non moins certain, c'est que bien de ces cas s'aggravent et se terminent mal, parce que l'on se montre trop économe de sérum, et qu'on se base trop sur l'âge du malade pour fixer la dose nécessaire, alors qu'on ne devrait tenir compte que de la gravité des phénomènes d'intoxication pour augmenter la dose classique et pour la répéter autant de fois que les phénomènes d'intoxication n'auront pas rétrocédé, quelle que soit l'apparence de l'angine.

(1) En collaboration avec M. Lobligeois.

A côté de ces formes graves de diphtérie, il en est d'autres, non moins intéressantes, d'un danger immédiat, sans doute moins pressant, au point de vue toxique du moins, qui se rangent entre les formes où le sérum agit si vite et si bien et celles où son action paraît nulle, puisque la maladie suit sa marche progressive comme si on n'avait pas inoculé de sérum.

Qu'observe-t-on dans ces cas ?

1° Après l'injection de sérum, les phénomènes locaux et généraux ne s'aggravent pas, mais ils ne s'améliorent pas non plus ; l'état général et local reste stationnaire. Ce sont des cas dans lesquels l'injection de sérum semble avoir arrêté la marche progressive de la maladie, mais n'est pas suffisante pour en modifier le cours : à ces formes, on peut donner le nom de diphtéries prolongées ;

2° Après l'injection de sérum, l'état général et local s'amende, les fausses membranes tombent, puis, après un temps variable de cette amélioration, on voit se reproduire les fausses membranes et réapparaître les phénomènes généraux d'intoxication. Ces poussées nouvelles de fausses membranes avec phénomènes d'intoxication peuvent se faire avant que les fausses membranes de la première poussée soient tombées, — formes récidivantes, — ou après que ces fausses membranes aient disparu, la gorge étant restée nette pendant un temps plus ou moins long, formes à rechute.

On n'a peut-être pas accordé à ces formes de diphtéries prolongées et diphtéries à rechute ou récidivantes toute l'importance qu'elles paraissent mériter. Elles nous ont paru particulièrement fréquentes dans l'épidémie qui sévit en ce moment à Paris, fait en rapport avec la malignité de cette épidémie. Auparavant, pendant les mois de vacances, nous en avions bien rencontré quelques cas, mais c'étaient des cas isolés, exceptionnels. C'est ainsi que l'un de nous a déjà publié une observation de ce genre, dans laquelle une enfant entrée le 18 juillet 1898 au pavillon Bretonneau, de l'ancien hôpital Trousseau, a présenté au sixième jour d'une diphtérie une poussée membraneuse sur la lèvre supérieure, disparue deux jours après, grâce à une réinoculation antitoxique, reparaissant à nouveau trois ou quatre jours après, et disparaissant sous l'influence d'une nouvelle inoculation. Ajoutons qu'en même temps que ces fausses membranes se reproduisaient, on notait des accidents d'intoxication diphtérique, et notamment des accidents bulbaires qui inspirèrent des inquiétudes au sujet de l'issue de la maladie.

Cette observation nous offre un exemple bien typique de ces diphtéries récidivantes caractérisées à la fois par des récidives locales, des fausses membranes et des accidents tardifs d'intoxication.

Digitized by Google

Comment interpréter les cas de ce genre? Avec les idées que nous avons sur la diphtérie et sur la médication antitoxique, on est bien obligé de reconnaître que, dans ces cas, le sérum n'a pas produit lors de la première inoculation son effet habituel, et que la dose classique ordinaire n'est pas suffisante, puisque, ou bien la maladie reste stationnaire sans s'aggraver, mais aussi sans s'améliorer, ou bien elle semble guérir, mais pour réapparaître à nouveau avant ou après la chute complète des fausses membranes produites.

C'est à des cas de ce genre que nous avons appliqué une sérothérapie plus intensive, nous basant non pas sur l'âge de l'enfant, mais sur les symptômes de la maladie, et en particulier sur la gravité des phénomènes d'intoxication.

Dans d'autres circonstances, nous avons, guidés par les mêmes raisons, pratiqué d'emblée de fortes doses de sérum : c'est quand nous nous sommes trouvés en présence de formes primitivement graves, associées au streptocoque, à la grippe, ou déjà avancées dans leur évolution sans qu'on ait pratiqué d'injection de sérum avant l'entrée à l'hôpital, ce qui est malheureusement trop souvent le cas.

En résumé, nous avons été guidés pour appliquer cette méthode sérothérapique intensive, non pas par l'âge de l'enfant, mais par la forme clinique que nous avions sous les yeux, et cette méthode comprend : 1° une dose totale initiale plus élevée ; 2° une répétition des injections à des intervalles plus ou moins rapprochés, et se répétant jusqu'au 10e, au 15e jour si cela est nécessaire.

I

Formes prolongées ou récidivantes. — Sous ce nom, nous entendons des formes de diphtérie dans lesquelles l'état local et général ne semble pas amélioré par l'injection antitoxique. Dans ces cas, localement, ou bien on observe un état stationnaire des productions membraneuses : elles ne s'étendent pas, mais ne rétrocèdent pas non plus; ou bien même les fausses membranes continuent à s'étendre et atteignent des points de la muqueuse qu'elles avaient épargnés jusque-là ; ou bien enfin, les fausses membranes semblent bien se détacher, mais leur chute est incomplète, et elles présentent des poussées subintrantes sur les parties dont elles venaient de se détacher.

Les symptômes généraux d'intoxication diphtérique persistent dans tous les cas, et l'attention du médecin doit être d'autant plus attirée sur eux, qu'ils peuvent persister ou s'aggraver en l'absence de toute production pseudo-membraneuse visible (nous ne faisons que mentionner ici ce dernier point, un peu particulier, de la question, devant y revenir).

La persistance des fausses membranes après injection n'est pas toujours également fréquente, et, si nous sommes réduits aux hypothèses en ce qui concerne la cause, nous devons dire que nous nous sommes trouvés au cours des mois de janvier, février, mars, en présence d'une diphtérie dans laquelle ont été particulièrement nombreux ces cas de persistance des fausses membranes dans le pharynx de nos malades.

En effet, sur 325 malades environ, nous avons vu dans plus de 50 cas les fausses membranes persister après le 3e jour qui suivait la première injection ; ce qui donne une moyenne environ de 1 récidive sur 6. C'est vers le 4e ou 5e jour que nous avons noté la plus grande fréquence des repullulations ; nous en avons rencontré jusqu'au 6e, 7e jour. Ces récidives ont eu naturellement pour effet d'allonger notablement la durée de la maladie : c'est ainsi que nous avons vu s'écouler plusieurs fois 7, 9, 10 jours, 12 jours même dans deux cas, entre l'entrée du malade dans le service et le moment où la gorge fut nette de toute fausse membrane.

Les enfants appartenant à cette catégorie et dont le plus jeune avait un an et demi, les plus âgés six ans et demi (exceptionnellement, nous avons eu affaire à des enfants de neuf, dix et même treize ans), avaient reçu à l'entrée des doses de sérum variant entre 10 c. c. et 40 c. c.; dans la grande majorité des cas, la dose initiale était de 20 c. c. La quantité de sérum ainsi injectée était basée plutôt sur la gravité apparente de la maladie que sur l'âge des malades. La forme de la diphtérie était tantôt pure, tantôt associée, en nombre presque égal (19 diphtéries associées pour 27 diphtéries pures).

Les dates auxquelles les réinoculations ont été pratiquées pour persistance des fausses membranes, varient entre le 3e jour de l'entrée du malade dans le service jusqu'au 7e jour ; dans la grande majorité des cas, ces réinoculations furent pratiquées dès le second ou le troisième jour.

Le plus souvent, une seule réinoculation a suffi pour provoquer la chute des fausses membranes, mais cependant quelquefois il a fallu pratiquer une troisième inoculation et même une quatrième.

Ces réinoculations étant d'ordinaire de 10 c. c., la dose totale de sérum antitoxique ainsi reçue par les enfants pour persistance d'exsudats pseudo membraneux fut le plus souvent de 40 c. c., plus rarement de 30 ou de 50 c. c.; mais dans quelques cas exceptionnels, devant la persistance opiniâtre des fausses membranes, les doses durent être augmentées, et certains enfants reçurent des quantités de sérum atteignant 90, 110, et même dans un cas 140 c. c. (il faut ajouter, il est vrai, que dans ces derniers faits, quelques-unes de ces inoculations furent faites

Digitized by Google

en vue de remédier à d'autres accidents bulbaires ou cardiaques par exemple) sur lesquels nous reviendrons plus loin.

La chute des fausses membranes après la dernière réinoculation s'est produite un nombre égal de fois dans les 24 heures et dans les 48 heures qui ont suivi la dernière injection ; très rarement, la disparition des exsudats eut lieu plus tardivement, le 3e ou le 4e jour. Ces derniers cas doivent être considérés comme rares.

Formes à rechute. — Si la fausse membrane tombe après un nombre de jours variable, et une plus ou moins grande quantité de sérum inoculé, le bacille de Lœffler persiste un certain temps dans la bouche, et il s'y manifeste parfois par la réapparition des fausses membranes : il traduit ainsi la conservation ou le retour de sa virulence.

Nous voulons insister sur ce point pour montrer combien il importe que le médecin ne se considère pas comme dégagé de toute responsabilité vis-à-vis du malade quand il a constaté la netteté de la gorge.

Nous avons eu, en effet, parmi nos malades, l'occasion de voir des cas de rechute particulièrement intéressants, parce qu'ils montrent bien la persistance de la virulence des bacilles, et peut-être aussi le peu de durée de l'immunisation produite par le sérum.

Dans 15 cas, en effet, nous avons constaté la disparition de toute fausse membrane chez nos malades, après des inoculations dont quelques unes répétées ; or, chez ces malades, dont nous continuiions à regarder la gorge quotidiennement, nous constations que, malgré les doses de 20, 30, 40 c. c., et même, dans quelques cas, de 60, 90, 140 c. c., des fausses membranes réapparaissent dans la gorge.

Le temps qui s'est écoulé entre la chute des fausses membranes de la première poussée et leur réapparition, varie entre 1 et 5 jours, et même, dans un cas, ce n'est que le 7e jour que réapparurent les fausses membranes, c'est à-dire, dans ce dernier cas, 13 jours après la première inoculation.

Dans ces conditions, nous avons agi comme si les enfants entraient pour la première fois dans le service, et nous avons pratiqué des inoculations de sérum (lors de la rechute) à la dose de 10 c. c., rarement plus, et la disparition des fausses membranes se produisit une seconde fois, le plus souvent dans les 24 ou les 48 heures qui suivirent cette réinoculation.

On sait bien maintenant l'importance que prennent chez les diphtériques les érosions des muqueuses ou de la peau comme point d'appel de formations pseudo-membraneuses.

Nous avons observé quelques-uns de ces cas de rechute de fausses membranes en un point plus ou moins éloigné du siège primitif ; c'est ainsi que 5 fois nous avons vu les fausses membranes apparaître sur les lèvres (notamment en des points où l'abaisse-langue avait provoqué une érosion par suite de l'indocilité de l'enfant).

Une autre fois, il s'agissait d'un enfant entré à l'hôpital avec une brûlure superficielle mais assez étendue de la joue droite ; cette brûlure se couvrit de fausses membranes diphtériques, mais, fait remarquable, ce n'est que le 9e jour après l'entrée de l'enfant dans le service (et alors que la gorge était nette depuis plusieurs jours, à la suite d'inoculations de 40 c. c. au total) que les productions pseudo-membraneuses apparurent sur la plaie cutanée ; les fausses membranes disparurent rapidement après une réinoculation de 20 c. c.

Signalons aussi une rechute sur la langue.

Enfin, dans un dernier cas de cette catégorie de faits, nous avons eu affaire à une rechute oculaire dans les circonstances suivantes :

Geneviève J..., cinq ans, entre à l'hôpital le 11 février. Elle est atteinte d'une diphtérie pure avec angine de moyenne étendue. L'état général est bon.

Elle reçoit 30 c. c. de sérum le jour de l'entrée, et comme, le 4e jour, elle avait encore des fausses membranes, on lui réinocule, le 15 février, 10 c. c. de sérum ; les fausses membranes disparaissent le lendemain 16, et l'enfant, considérée comme guérie, allait être rendue à sa famille, lorsque le 21, c'est-à-dire 5 jours après que les fausses membranes avaient disparu de la gorge, on remarque la présence d'une petite fausse membrane sur la face interne de la paupière inférieure de l'œil droit. On refit 10 c. c. de sérum le lendemain ; la fausse membrane oculaire persista, mais tomba le surlendemain, quelques heures après une nouvelle réinoculation de 10 c. c.

Dans ce cas, comme dans tous ceux où il fut pratiqué chez nos malades, l'examen bactériologique de ces fausses membranes aberrantes décela par les cultures la présence en ces points du bacille de Lœffler, accompagné le plus souvent de staphylocoques et de streptocoques.

Ces rechutes de fausses membranes diphtériques peuvent donc se produire soit sur les points primitivement atteints, soit en des points jusque-là indemnes.

II

Sérothérapie intensive dans la bronchite pseudo membraneuse. — Cette sérothérapie intensive doit s'appliquer également aux cas où l'on peut supposer qu'il existe une tranchéo-bronchite membraneuse. Ici il faut agir vite, non seulement à cause des menaces directes d'asphyxie, mais aussi à cause des infections septiques de l'arbre aérien qui menace

Digitized by Google

tout malade atteint de diphtérie trachéo-bronchique. Si nous jugeons de ce qui se passe dans l'arbre bronchique d'après les phénomènes que nous avons signalés plus haut dans la gorge, nous pouvons penser que dans bien des cas, peut être, l'injection de sérum aux doses habituelles est insuffisante pour amener la chute rapide des fausses membranes trachéales, ou pour en arrêter l'extension. L'existence d'une bronchite membraneuse nécessite à nos yeux une dose initiale massive, double ou triple de celle qui conviendrait classiquement.

Pour grave qu'elle est, la bronchite membraneuse ne doit plus être considérée comme fatale. Une sérothérapie intensive, l'intervention opératoire aidant et facilitant le rejet des fausses membranes détachées — tubage et surtout trachéotomie — peuvent en amener la guérison.

M. Ausset en a rapporté dernièrement une observation bien probante à la Société de Pédiatrie.

Dans les cas où nous eûmes affaire à des localisations aériennes profondes des fausses membranes, les signes stéthoscopiques se sont traduits principalement par des zones dans lesquelles le murmure vésiculaire était aboli avec persistance de la sonorité.

D'ailleurs, dans quelques uns de ces cas, le rejet de fausses membranes tubulées venait apporter une preuve manifeste de la véracité de l'hypothèse formulée.

Ce diagnostic de la diphtérie bronchique est important à faire : il faut savoir le poser même alors qu'il n'y a pas d'angine (comme cela se passa dans le cas récemment publié par M. Ausset, de Lille). Et ce diagnostic est important, car le traitement antitoxique modifie sensiblement le pronostic.

Nous croyons donc qu'on doit s'efforcer de porter promptement le diagnostic de bronchite pseudomembraneuse, au moyen des signes sthétoscopiques et de l'examen attentif de toutes les mucosités rendues par les malades après la toux, ou la suite du tubage et de la trachéotomie, et aussitôt que le diagnostic est porté on doit, par des réinoculations, aussi souvent répétées que cela sera nécessaire, s'efforcer de faire évacuer le plus tôt possible les fausses membranes ; on évitera ainsi une des causes principales des infections bronchiques secondaires d'ordre banal, et qui comptent pour une grosse part dans la sévérité du pronostic des diphtéries bronchiques.

III

Sérothérapie intensive dans les accidents d'intoxication tardifs. — Nous avons déjà, à propos des phénomènes bulbaires qui accompagnent la diphtérie, attiré l'attention sur les bienfaits qu'on peut quelquefois retirer des injections de sérum répétées dans ces cas. Nous rappelons que dans un des cas les plus typiques il s'agissait d'une enfant qui présentait des stigmates d'intoxication diphtérique (abattement, tristesse, accélération et faiblesse du pouls), et qui, quatre fois réinoculée, s'améliora de la façon la plus nette toutes les fois que la réinoculation fut faite (amendement de l'asthénie nerveuse, ralentissement et renforcement du pouls).

Nous souvenant de ces cas, et ayant rencontré parmi nos enfants quelques malades présentant les mêmes accidents, nous avons tenté le même traitement qui nous a donné des résultats satisfaisants.

Il convient de faire remarquer que pour être efficaces, les injections intensives doivent être pratiquées avant que les accidents paralytiques ou bulbaires soient très caractérisés. Dans bien des cas, en effet, ceux-ci sont précédés d'une période plus ou moins longue, de un jour à plusieurs jours, pendant lesquels l'enfant qui avait repris sa gaieté, redevient triste, abattu, dolent, et présente une accélération avec faiblesse et arythmie du pouls. On retrouve là les signes désormais classiques de l'intoxication diphtérique. Quelle qu'en soit la pathogénie à ce moment, infection viscérale diphtérique, comme nous le croyons dans bien des cas, ou intoxication à distance, le devoir du médecin est d'en surveiller l'apparition, et, dès qu'ils se montrent, de recourir à une inoculation massive, comme si le malade présentait l'angine diphtérique la plus typique.

Quelques cas heureux nous encouragent à dire que les réinoculations de sérum à haute dose, quand on se trouve en face de symptômes paralytiques reconnus dès le début, sont tout à fait indiqués.

Nous reconnaissons pourtant que nous avons eu des échecs : des enfants conservèrent jusqu'à la mort tous les signes de paralysie qu'ils avaient présentés, malgré des doses de sérum qui atteignirent une fois 105 c. c.

ÉTUDE CLINIQUE

De l'aérophagie

Par M. Deguy, *ancien Interne des Hôpitaux* (1)

L'observation de Bouveret nous montre que c'était le matin, dès le réveil que survenaient, par accès d'une heure environ, des mouvements de déglutition rapides, convulsifs, accompagnés de bruits pharyngés, au nombre de 40 à 60 à la minute, et se terminant par de l'éruction bruyante. Les gaz rendus sont sans odeur, et les mouvements d'éructation moins nombreux que les mouvements de déglutition, ils soulagent considérablement le malade. L'hyperesthésie pharyngée est très accentuée, détermine de la sensation de cuisson en buvant et peut s'accompagner

(1) Suite et fin : Voir *Journal des Praticiens*, n° 25.

Digitized by Google

d'angoisse respiratoire. Pendant le sommeil, tout cesse, mais les émotions, les temps orageux augmentent ces spasmes qui relèvent d'une hystérie non douteuse.

Telles sont les premières observations de cette curieuse maladie, observations qui se sont multipliées et que nous n'entreprendrons pas de résumer complètement, les citant dans notre index bibliographique.

Voici le cas que nous avons observé : Il s'agit d'une femme de 35 ans qui souffre de troubles dyspeptiques depuis une quinzaine d'années et n'en a obtenu aucune amélioration. Cette malade eut, il y a 5 ans, des crises d'entérocolite sableuse. Mariée, elle n'a jamais eu d'enfants. Je lui ai demandé, car elle est très intelligente, de me rédiger les sensations qu'elle éprouve et je crois très intéressant de transcrire, sans y rien changer, la narration qu'elle m'a remise :

Maux de tête, au front, survenant aussitôt après les repas et se prolongeant jusqu'à évacuation presque complète des gaz ; névralgies ; sensibilité au froid, générale, de toute la tête, particulièrement du front et du sommet ; la nuque souffre aussi quelquefois. *Impossibilité absolue* de recevoir un peu d'air sur le front à moins de souffrir aussitôt d'une façon intolérable, d'un engourdissement, d'une pesanteur, qui permettent à peine d'ouvrir les yeux et rendent tout travail impossible. Quelquefois, sensation étrange d'un clou enfoncé au milieu du front ; alors la vue se trouble et il se produit un étourdissement qui se prolonge une ou deux heures quelquefois, toujours en voyant comme si j'avais la tête séparée en deux au milieu du front et ne percevant les objets qu'à travers un brouillard. Au retour de la vue, qui ne revient qu'après avoir rendu force gaz, succède un mal de tête absolument fou, pendant quelques heures. J'ai constaté cette dernière sensation souvent le lendemain du jour où le soir surtout, j'avais mangé de la viande blanche ou froide.

A mesure que je mange, je sens un vide au creux de l'estomac ; plus je mange, plus le vide s'accentue, mais en même temps, ma tête s'alourdit et mon ventre se ballonne à mesure que j'avale. Tous les aliments me produisent cet effet-là. Néanmoins, certains, tels que : la purée, la pomme cuite, le poisson, etc., me ballonnent beaucoup plus le ventre et provoquent par la suite des crises de gaz plus grandes. Ces crises se produisent plus souvent quelques heures après le repas, mais à tous moments, je suis susceptible d'en avoir ; et, dans ce laps de temps où souffre, si je veux écrire ou lire pendant quelques instants, les étourdissements augmentent et la crise devient plus forte. L'odeur d'une fleur, en général toutes les odeurs, les émanations d'un feu quelconque, surtout le charbon, le vent, un courant d'air, toutes ces choses produisent le même effet ; d'abord vertiges, qui durent bien des heures quelquefois, et qui finissent... par des gaz, toujours. Les plus fortes crises ont lieu (mais ce sont les moins fréquentes) la nuit, après un repos de 5 à 6 heures, vers 3 heures du matin : un violent *mal de tête au front*, *un point au cœur* et des *sifflements continus dans l'oreille gauche*, ces sifflements ne cessent qu'avec les gaz que je rends pendant deux ou trois heures, toujours en progressant jusqu'au moment aigu, où les gaz ne veulent plus partir, m'étouffent comme si on m'étranglait, et me donnent un malaise si grand au cœur qu'à un moment donné, il me semble que je meurs. Alors, après ce moment terrible, il en part d'effrayants et la crise diminue petit à petit.

Comme autres effets nerveux : vertiges occasionnés par les surfaces unies et le vide. Le trottoir des boulevards excite ces vertiges, et une place me serait impossible à traverser, difficile même au bras de quelqu'un ; je pourrais le faire alors, mais en fermant les yeux ; car il faut que je puisse reposer ma vue sur quelque chose : des maisons, des arbres, n'importe, pourvu que je ne voie pas que le vide autour de moi ; c'est à cette condition seulement que j'ai pu quelquefois suivre un trottoir large sans tomber.

Le grand vent, ou un simple courant d'air, mais surtout plusieurs répétés, me donnent de véritables crises de nerfs intérieures, une irritation sourde ; des crispations me partant du bas-ventre, et, se répandant au creux de l'estomac, et dans tous les membres provoquent une crise en même temps morale ; il me semble que dans ces moments je vais tomber folle. Depuis quelques mois, j'avais pu écrire assez assidûment, mais voilà près de 13 ans que je ne peux travailler. Dans certains moments même, j'aurais été incapable de lire ou d'écrire une lettre, sans subir la même excitation nerveuse que celle occasionnée par le courant d'air, et toujours les crispations nerveuses partant du bas-ventre. Depuis hier même, je suis un peu sous le coup de ces malaises.

Douleurs de reins, sourdes, à peu près chroniques ; rhumatismes dans les jambes à tous les printemps depuis quatre ans, et faiblesse très grande dans le bas-ventre qui me rend parfois la marche impossible.

Je n'ai pas voulu écourter cette auto-observation qui nous démontre amplement l'existence de stigmates hystériques chez la malade (clou, céphalée, vertiges, sensation de boule, hyperesthésie de la muqueuse nasale) stigmates auxquels notre examen a ajouté : de l'hypoesthésie cutanée gauche et un peu de rétrécissement du champ visuel.

D'autre part, nous y voyons le fait de l'aérophagie pouvant accompagner le bol alimentaire ou se produire dans l'intervalle des repas, nous y voyons la tympanite consécutive avec les troubles cardiaques compressifs (tendances syncopales, tachycardie) pulmonaires (dyspnée) et le soulagement par l'éructation. J'ajouterai que parfois les gaz s'échappent par l'anus, mais c'est le plus souvent par des rots en salves.

J'ai assisté à quelques-unes des crises et j'ai nette-

Digitized by Google

ment constaté la série de petits spasmes de déglutition si bien décrits par Bouveret, et je sentais sous ma main l'estomac se distendre, se ballonner au point de descendre jusqu'au pubis. Tout le flanc gauche présentait un tympanisme extraordinaire et le cœur était très refoulé en haut et à gauche, ce qui explique les tendances syncopales au moment de l'accès, et l'habitude qu'avait prise la malade de s'allonger sur une chaise longue quand elle sentait venir sa crise. Les rôts la soulageaient presque immédiatement. Fait important, la malade sentait venir sa crise et la méditait pour ainsi dire.

Elle avalait l'air presque silencieusement, en détournant la tête, posant la main devant sa bouche; le regard devenait vague comme celui de la méditation, et seule, l'observation attentive montrait les mouvements de déglutition et l'ascension du larynx, mouvements inconscients et dont la malade ne se rendait pas compte. Elle se cachait, non pour déglutir l'air, mais dans la crainte de l'éructation qui seule la soulageait et qu'elle prévoyait, mais n'osait faire à la face des gens. Les rots sortaient en salve et les tendances aux syncopes, aux éblouissements, les points au cœur disparaissaient avec leur émission.

Voici donc un cas d'aérophagie grave, et à l'occasion duquel nous avons pensé à traiter cette question, d'autant que nous en avons observé antérieurement d'autres cas atténués et un peu différents. Outre les observations précédemment citées, rappelons que Willième, en 1868, attribuait les éructations très nombreuses et très rapides que possèdent certaines personnes à des alternatives de déglutition et d'expulsion d'air atmosphérique. Piorry, en 1871, citait le fait d'un officier de gendarmerie qui avalait à chaque instant des masses d'air qui distendaient énormément l'estomac, causaient des douleurs; et, un moment après, des éructations excessivement bruyantes avaient lieu. Hayem en rapportait ensuite deux observations, Vauthey deux autres, Vincens dans sa thèse en consigne huit, Bouveret décrit trois cas de formes graves, et enfin, tout récemment, MM. Mathieu et Follet, puis Soupault, font à ce sujet de très intéressantes communications à la Société médicale des hôpitaux.

Comment doit-on envisager la question de l'aérophagie ? Il nous semble qu'il y a trois catégories de faits distinctes, trois modalités cliniques dissemblables qu'il convient de séparer. Ce sont :

1° L'aérophagie volontaire.
2° L'aérophagie dyspeptique.
3° L'aérophagie névropathique.

L'aérophagie physiologique qui se produit en mangeant ou en buvant, ou en déglutissant la salive est inconsciente, mais réelle, mais elle n'est pas un phénomène pathologique, car la quantité d'air ingérée est trop peu considérable pour qu'il en résulte de graves inconvénients:

L'aérophagie volontaire peut être le résultat d'une éducation spéciale, chez les individus, et ils sont assez nombreux, qui ont l'habitude d'avaler la fumée de tabac: le tabac, comme on sait, est non seulement un angiospastique, il est un agent actif de contractilité des muscles lisses, il détermine des crises de diarrhée, il détermine souvent du hoquet, et il n'est pas étonnant ni rare de constater que les habitués à déglutir de la fumée de tabac font l'éducation de leurs fibres lisses œsophagiennes, dont l'activité spasmodique est exagérée par la nicotine ; et, ultérieurement, à leur insu, pendant qu'ils ne fumeront pas, ces fumeurs déglutiront de l'air.

L'aérophagie volontaire, quoique inconsciente, existe encore chez les émotifs qui sont obligés de causer ou de discourir, et qui ont souvent la gorge sèche et de la pharyngite chronique granuleuse. Ces individus ont en même temps que la sensation de sécheresse une sorte de constriction de la gorge latéro et rétro-laryngée, légèrement angoissante, qui les incommode et qu'ils tâchent de faire disparaître par quelques mouvements de déglutition. Assez fréquemment, ils déglutissent alors un bol aérique et la preuve est qu'on les voit souvent à la suite se retourner, poser la main devant la bouche et éructer, mais d'une façon latente et sourde, sans bruit, quelques gaz.

Dans une autre catégorie de faits, il s'agit d'individus qui mangent trop et trop vite, mastiquant insuffisamment les aliments, qui se bourrent, comme on dit vulgairement, et ils ont alors soit la sensation d'une nouure au niveau du creux épigastrique, soit de constriction pharyngée; souvent ils ont du hoquet, ce qu'ils redoutent, et c'est alors que pour faire passer ces troubles, ils font d'une façon consciente, jusqu'à un certain point, quelques mouvements de déglutition pour les soulager. Cette déglutition entraîne très souvent avec elle de l'air, car quelque temps après, il se produit quelques éructations qui mettent fin à toutes ces petites misères.

Ces faits d'aérophagie très atténuée ne sont pas à proprement parler une maladie, car on peut facilement les guérir par une simple hygiène, mais à un degré plus accentué, on se trouve en présence d'une maladie réelle. Tels sont les cas d'aérophagie volontaire relatés par M. Soupault.

Ces faits rentrent dans le cadre de l'aérophagie dyspeptique, qui peut parfois se produire volontairement ou survenir à l'insu du malade.

Aérophagie dyspeptique. Dans un certain nombre de cas, l'aérophagie survient chez des dyspepti-

Digitized by Google

ques névropathes qui la pratiquent intentionnellement et la répètent avec persistance, croyant trouver dans cette manœuvre un soulagement à leurs troubles dyspeptiques. Ce n'est pas là un phénomène de début de la dyspepsie, c'est un phénomène tardif. Les accidents, dit M. Soupault, éclatent d'ordinaire après l'ingestion alimentaire. Celle-ci, amenant des sensations épigastriques pénibles, provoque la déglutition d'air et les flatulences. Suivant les types dyspeptiques, la crise éclate tantôt après la fin du repas, tantôt assez longtemps après et même quelquefois dès les premières bouchées d'aliments. Chez certains névropathes dont la sensibilité épigastrique persiste en dehors des périodes digestives, les rots se montrent aussi à jeun.

Chez ces malades, le rot est un besoin impérieux, ils sont travaillés par le désir d'amener des gaz et ils essaient d'en provoquer par tous les moyens possibles. Cet acte est pour eux une véritable obsession à laquelle ils ne peuvent résister.

Un point caractéristique de l'aérophagie qui permet de la différencier nettement de la dyspepsie flatulente, c'est l'abondance de l'éructation, qui laisse nettement l'impression de la provenance exagérée des gaz dont l'odeur est nulle et dont la composition est celle de l'air atmosphérique. MM. Mathieu et Follet ont insisté avec beaucoup de raison sur les caractères spéciaux des renvois gazeux. Ils sont nombreux, en général bruyants. Ce sont d'interminables salves. Les malades expulsent ainsi 30, 40 rots et même davantage. Chez bon nombre d'entre eux, on peut provoquer une crise par un véritable déclenchement, en pressant sur certaines régions.

En somme, dans cette seconde catégorie de faits, ce sont des dyspeptiques qui deviennent aérophages, et leur dyspepsie présente alors des apparences de fausse flatulence. Dans la 3e variété que nous allons envisager : l'aérophagie hystérique ; la dyspepsie, ni l'estomac ne sont en cause, il s'agit d'une hystérie pharyngée, d'un spasme clonique du pharynx, soit idiopathique, soit symptomatique d'une sensibilité exagérée de toutes les voies respiratoires et digestives supérieures ; dans ces cas, l'aérophagie commence, la dyspepsie suit, et on conçoit que dans beaucoup de circonstances, dans les formes de transition, le classement devienne très difficile.

L'aérophagie hystérique est, la plupart du temps, comme toute hystérie viscérale, une hystérie monosymptomatique. Elle est certainement plus fréquente après les repas, mais elle survient à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, elle est due à une hyperesthésie de la muqueuse pharyngée, et l'accès débute souvent par une aura sous forme de sensation de constriction angoissante au niveau du pharynx, les mouvements réflexes, spasmodiques, qui amènent la déglutition de l'air, n'ont qu'un but : faire disparaître cette sensation désagréable. Cette déglutition d'air inconsciente, silencieuse, qui se produit dans le recueillement, se manifeste objectivement par une série de petits mouvements spasmodiques et rapides du pharynx, avec, à chaque déglutition, une ascension légère de la pomme d'Adam. Le spasme fait entrer l'air, mais il l'empêche de sortir, l'estomac se dilate, le ventre se ballonne, le cœur est refoulé, et le malade n'a de soulagement que lorsque, le spasme cessant, une éructation abondante et copieuse le dégage de tout cet air dont la pression est supérieure à la pression atmosphérique.

L'éructation peut être spontanée, plus souvent, le malade la provoque, soit sciemment, soit inconsciemment en pressant sur le creux épigastrique, cette place d'armes de la sensibilité d'où partent si souvent les réflexes inhibitoires, les réflexes d'arrêt. On sait qu'un petit choc brusque produit à cet endroit un arrêt de la respiration ; dans des cas plus graves, un arrêt du cœur. La pression à cet endroit, faisant cesser le spasme, permet à l'élasticité stomacale de reprendre le dessus, et alors se produisent les rots.

Souvent, la crise est réflexe, due à l'irritation des filets nerveux hyperexcitables, soit du pharynx, soit de la pituitaire. Lorsque l'affection est bien caractérisée, les excitations à distance dans les zones hystérogènes produisent les mêmes résultats. La simple sécheresse de la gorge est cause de crise, et c'est probablement à cause d'elle que se produisent les crises nocturnes qui réveillent le malade, terrifié, qui n'est soulagé que par son éructation.

L'aérophagie hystérique peut par ses complications devenir grave, notre observation en est la preuve : les tendances syncopales de la malade à chaque crise l'immobilisent chez elle, car elle a peur de tomber sur la voie publique au moment d'une de ses crises. Dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, M. Bouveret observe des *vomissements* alimentaires fréquents, abondants, de nature à troubler sérieusement la nutrition. Une autre malade, hystérique avérée, ayant eu des crises antérieures, avait non seulement des palpitations et de l'oppression, mais encore de véritables crises d'*angor vaso-motrice* : au moment des accès, le visage est pâle, les extrémités refroidies, et les battements du cœur accélérés.

D'autre part, tandis que nous avons vu précédemment certains dyspeptiques devenir aérophages, on peut voir des aérophages devenir dyspeptiques, leur estomac devient atonique, dilaté, et son fonctionnement peut être suffisamment troublé pour qu'un amaigrissement assez rapide survienne.

La thérapeutique devra donc s'inspirer de toutes

Digitized by Google

ces données étiologiques et pathogéniques pour être efficace, il faudra tantôt traiter la dyspepsie, tantôt l'état nerveux, l'hystérie, tantôt l'hyperexcitabilité des muqueuses, et surtout, il conviendra de faire une éducation rationnelle de la volonté, de montrer aux malades que la seule force de leur bon vouloir peut les guérir, à condition de s'observer minutieusement et à condition aussi de *vouloir guérir*.

Bibliographie. — Eichhorst (Manuel de diagnostic médical, 1889). Bouveret (*Rev. méd.*, 1891) — Pitres (*Traite de l'hystérie*, 1891. — Hayem : Deux cas d'aérophagie (*Journal des Praticiens*, 1898, n° 32). — Raymond et Pierre Janet : Hoquet et rots hystériques (*Journal des Praticiens*, 1898, n° 38).— Vauthey : Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique (*Th. Lyon 1896*).— Deniau : L'hystérie gastrique (*Th. Paris 1883*).

Bouveret (Formes sévères de l'aérophagie nerveuse, *Lyon méd.* 1901, n° 10. — Lyonnet et Vincens : De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent (*Lyon méd.*, 1901, n° 6). — Mathieu et R. Follet : De l'aérophagie, rot en salve, rot à déclenchement (*Soc. méd. hôp.*, 1er mars 1901). — Soupault : Aérophagie et dyspepsie flatulente (*Soc. méd. hôp*, 8 mars 1901). — Vincens (*Th. Lyon 1900*).

Formulaire du Praticien

Traitement du lichen pilaire. — Tous les médecins connaissent cette affection, non dangereuse par elle-même, mais désagréable surtout pour les dames qui tiennent à la beauté et à la fraîcheur de leur peau. Le lichen pilaire qui donne assez bien à cette dernière l'aspect et la sensation d'une rape quand on la touche, est caractérisée par la formation au niveau des orifices folliculaires de petits cônes cornés, recouvrant un poil follet enroulé sur lui-même que l'on aperçoit après avoir enlevé la masse cornée par le grattage.

Dans les cas légers, on fera ramollir les grains cornés à l'aide de savon noir ou de savon salicylé, on les enlèvera mécaniquement au moyen de frictions à la poudre de marbre plus ou moins fine ou au savon ponce. Pour combattre le léger degré d'inflammation qui peut exister, on prescrira d'après Leistikow, soit une pâte de zinc résorcinée à 3 ou 5 0/0, soit une pâte de zinc soufrée ou la poudre suivante :

Soufre précipité	ãã 5 grammes
Terre fossile	
Talc de Venise	

Saalfelt recommande des pommades au soufre, au naphtol, à l'acide chrysophanique, ou encore l'une des pommades suivantes :

Soufre précipité	15 grammes
Savon de potasse	ãã 30 —
Axonge	
Pierre ponce pulvérisée	16 —

ou :

Lanoline	ãã 50 grammes
Axonge	
Savon de potasse	
Naphtol	15 —
Craie blanche	10 —

On traitera les phénomènes d'irritation avec de la colle de zinc à l'ichthyol ou de la mousseline pommade au zinc et à l'ichthyol.

Brocq conseille les pommades à l'acide salicylique, des emplâtres pyrogalliques, salicylés et résorcinés.

Le glycérolé tartrique a ses partisans.

Glycérolé d'amidon neutre	100 grammes
Acide tartrique	5 —

De même, le glycérolé cadique.

On devra de même instituer un traitement général, arsenical de préférence. — S. R.

LES NOUVEAUX REMÈDES

Eupyrine *(Ethyl carbonate de vanilline phenetidine.)* — Ce médicament se présente sous la forme d'aiguilles d'un jaune verdâtre, insipides exhalant un léger parfum de vanille. C'est un antipyrétique doux et inoffensif spécialement indiqué chez les enfants, les personnes âgées.

L'Eupyrine jouit encore de propriétés stimulantes très accentuées qui semblent rendre ce médicament particulièrement précieux dans les cas où l'état fébrile s'accompagne de phénomènes de faiblesse menaçants. Ces observations sont dues à Overlach (*Centralbl. f. innere medicin*, 1900) qui emploie ce médicament à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. chez l'adulte.

D'après sa composition, nous croyons que l'Eupyrine mérite d'être étudiée. On peut l'administrer en substance, en cachets ou délayée dans un peu d'eau.

Petrosulfol. — C'est un nouveau produit tiré des schistes sulfureux, employé en dermatologie.

Le petrosulfol est plus consistant que l'ichthyol, son odeur est beaucoup moins pénétrante; il est facilement soluble dans l'eau à laquelle il communique une réaction acide; la solution aqueuse possède une fluorescence verdâtre; en partie soluble dans l'alcool à 90°, dans l'éther, l'éther de pétrole, la benzine; se dissout complètement dans la glycérine; insoluble ou peu soluble dans les huiles grasses et essentielles.

Il peut être incorporé à la vaseline, l'axonge, la lanoline. Le produit desséché contient 16.3 0/0 de soufre.

Il s'emploie comme l'ichthyol; en pommades à 1/10 et peut rendre service dans le traitement gynécologique, dans les affections inflammatoires de la peau, dans les rhumatismes.

Ehrmann préconise la pommade suivante dans des cas d'eczéma :

Pétrosulfol	6 à 10 grammes
Lanoline	20 grammes
Vaseline	20 —
Oxyde de zinc	ãã 5 à 10 grammes
Amidon	

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Tubercules du cervelet

Par H. Huchard, *médecin de l'hôpital Necker*
et P. Bergouignan, *interne des hôpitaux*

Il existe un grand nombre d'observations de tumeurs du cervelet. Depuis les descriptions d'Andral, de Duchenne (de Boulogne), les travaux plus récents de Sieffert, Wetzel, Nothnagel, Bernheim, ont mis au point la symptomatologie de cette affection. D'autre part, le rôle physiologique du cervelet est à peu près entièrement connu grâce aux recherches de Flourens, Magendie, et surtout de Luciani, Russel, Courmont, Schiff, Thomas et Déjerine.

Les tubercules du cervelet, en particulier, ne sont point une rareté pathologique, et on les trouve encore assez souvent associés à des lésions cérébrales de même nature.

Cependant, l'observation suivante nous paraît digne d'être rapportée, parce que la malade qui en est l'objet a présenté un ensemble très complet de symptômes caractéristiques.

— Femme de 32 ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Delpech (service de M. Huchard), le 13 mars 1901.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle tousse un peu depuis quelques mois, mais l'état général est resté assez bon.

Il y a deux mois, ictus, hémiplégie gauche soignée à Laënnec et qui disparut en trois semaines.

Depuis lors, la malade éprouve sans cesse une céphalée très violente, à siège occipital, avec irradiations frontales, et plus vive la nuit. Elle se plaint en outre d'un état vertigineux continuel, mais plus intense dès qu'elle se lève. Enfin, dit-elle, elle ne peut pas marcher, car ses jambes se dérobent, et elle se sent « attirée » du côté droit.

Il y a trois jours, elle a vomi plusieurs fois.

Température, 38°5.

Le visage est rouge, le regard vague. La malade reste immobile dans son lit, la tête et les yeux fixes, très abattue. L'intelligence paraît intacte, mais l'élocution est pénible et la parole traînante.

Nous ne trouvons aucun signe de paralysie. La force musculaire est intacte. Augmentation de la sensibilité générale. Le réflexe rotulien est exagéré à gauche.

Le champ visuel n'est pas rétréci : il n'y a du reste pas de troubles oculaires.

Quelques râles sous-crépitants, et submatité au sommet du poumon droit. Pas d'expectoration.

Dans la station debout, la malade voit les objets tourner autour d'elle. Elle se tient les jambes écartées, et présente des oscillations lentes du tronc et de la tête. Les pieds étant rapprochés, le balancement du corps s'accentue, mais l'occlusion des yeux ne l'augmente pas davantage.

Elle peut à peine faire quelques pas, les jambes tremblantes, en titubant, puis soudain, dévie à droite et tombe. On ne constate, ni de projection des membres inférieurs, ni de talonnement.

La malade étant couchée, les membres inférieurs et supérieurs ne présentent aucun signe d'incoordination.

Cet ensemble de symptômes, céphalée spéciale, vertige, titubation, etc., fait porter le diagnostic de tumeur du cervelet, probablement tuberculeuse, en raison de l'état des poumons.

Les jours suivants, la température s'abaisse, mais la céphalalgie persiste. Cependant, la malade peut parcourir la salle, à petits pas, les jambes écartées, en s'appuyant aux lits. On constate alors plus facilement le caractère festonnant de la démarche et la déviation du côté droit.

Le 1er avril, vomissement bilieux, sans efforts ni douleur. La température remonte (38°5). Le lendemain, la malade reste immobile, somnolente.

Le 2 avril, convulsions généralisées qui durent un quart d'heure, puis coma, respiration stertoreuse. Les pupilles sont inégales; strabisme divergent à gauche. Mort le 3 avril.

A l'autopsie, pratiquée le 5 avril, on constate au sommet du poumon droit, une caverne et plusieurs tubercules caséeux. Le reste des poumons est parsemé de tubercules miliaires. Granulations sur le foie, la rate et le péritoine.

La pie-mère est adhérente à la convexité du cerveau dont les sillons sont parsemés de granulations et remplis d'exsudat. Granulations sur les sylviennes et leurs branches. Peu de méningite à la base.

Dans le lobe droit du cervelet, en pleine substance blanche, affleurant la face externe du noyau dentelé, se trouve une tumeur formée par la réunion de quatre tubercules crus, gros chacun comme un pois.

Le lobe occipital de chaque hémisphère du cerveau est occupé par une masse tuberculeuse analogue à celle du cervelet, et de même volume. A droite la tumeur est caséeuse et touche l'écorce de la deuxième circonvolution occipitale. A gauche, la tumeur est située plus en avant et en dedans.

Nous nous trouvons en présence d'un cas de tuberculose à manifestations multiples : granulie viscérale, méningée ; tubercules pulmonaires et encéphaliques. Or, malgré le nombre et la variété de ces lésions, la lésion cérébelleuse s'est révélée en produisant, d'une façon aussi complète que possible, l'ensemble symptômatique qui la caractérise, et qui constitue le *syndrome cérébelleux*. Ce syndrome, on le sait, ne comprend pas simplement les quatre grands signes propres aux tumeurs du cervelet, à savoir : la céphalée, le vertige, les vomissements et la titubation. On admet, d'ailleurs, que les trois premiers de ces signes sont dus surtout à la compression périphérique. Ils existaient très nettement chez notre malade. La titubation, la perte de l'équilibre, est au contraire l'indice de la destruction du cervelet ; elle est le symptôme capital que l'on observe dans les atrophies congénitales de cet organe, et après ses

Digitized by Google

lésions expérimentales. Elle s'accompagne, dans ces deux derniers cas, de plusieurs autres signes spéciaux, dont la réunion forme le véritable « syndrome cérébelleux », bien décrit par Thomas en 1897.

L'intérêt de notre observation nous semble résider en ceci, que la malade présentait ce syndrome presque au complet :

Oscillations du corps et de la tête pendant la station debout ; tremblement des membres inférieurs maintenus écartés ; absence du signe de Romberg ; démarche festonnante, ébrieuse, en ligne brisée, à petits pas, sans ataxie, sans talonnement ; absence d'incoordination dans le décubitus dorsal ; intégrité de la force musculaire ; fixité de la tête et des yeux ; réflexes exagérés ; parole traînante ; intégrité des sphincters ; conservation de l'intelligence, mais abattement, asthénie intellectuelle coïncidant avec l'asthénie physique.

De plus, notre malade avait une tendance permanente à se porter et à tomber en marchant du côté droit, du côté de sa lésion. Ce symptôme fut observé expérimentalement pour la première fois, par David Ferrier en 1878. D'après M. Déjerine, on observerait assez fréquemment ce signe quand les néoplasmes sont localisés à un hémisphère.

Nous n'avons pas observé de troubles oculo-moteurs ou pupillaires, bien que ces troubles ne soient pas rares dans les cas de tumeur du cervelet. Le strabisme divergent de l'œil gauche, qui se produisit le dernier jour, pourrait, à la rigueur, être rapporté à la lésion cérébelleuse, d'autant que Russel a décrit la déviation en bas et en dehors du globe oculaire opposé à la lésion. Mais, dans notre fait, ce phénomène, comme aussi l'inégalité pupillaire, sont sans doute des symptômes méningitiques.

L'intégrité de la vue, chez notre malade, est d'autant plus remarquable, qu'il existait des tubercules dans les deux lobes occipitaux. Ces tubercules étaient bien plus rapprochés de la face externe que de la face interne. On comprend dès lors qu'ils aient épargné les radiations optiques de Gratiolet et la région de la scissure calcarine, centre cortical de la vision.

Il nous reste à mentionner la rapidité des accidents ultimes, signalée par Luys, et conforme aux descriptions classiques.

Simplification de l'analyse du suc gastrique. — Quelle que soit l'acidité d'un suc gastrique, quelles que soient les variations de cette acidité, il renferme toujours la même quantité de chlore. Lorsque l'estomac est peu actif, le chlore existe sous la forme de chlorures, tandis qu'une petite quantité est à l'état d'acide chlorhydrique. Au contraire, si l'estomac est très actif, il y a peu de chlorures et beaucoup d'HCl. Le suc gastrique pur renferme toujours la même quantité de chlore chez le même sujet. Telles sont les conclusions auxquelles M. Frémont (de Vichy), est arrivé après de très nombreuses expériences sur des chiens à estomac isolé (*Société de thérapeutique* 22 mai).

Dès lors, puisqu'une même quantité de suc gastrique renferme toujours une même quantité de chlore, la recherche de cette quantité ne peut nous renseigner sur le bon ou mauvais fonctionnement d'un estomac. Le chlore total variant, il est vrai, avec la quantité du suc gastrique secrété, est d'une constatation beaucoup moins intéressante que celle de l'acide chlorhydrique. La formation de l'HCl est dans un rapport autrement intime avec la qualité de la sécrétion de la muqueuse gastrique. C'est sa quantité grande, moyenne, petite qui peut vraiment nous dire si l'estomac est oui ou non normal.

Les conclusions tirées de la connaissance exacte de la quantité d'HCl, plus en rapport avec l'état réel de la muqueuse gastrique, sont bien supérieures et permettent de négliger le dosage du chlore total dans l'analyse du suc gastrique.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini. — Cette méthode, imaginée par Bottini, de Pavie, et perfectionnée par Freudenberg, de Berlin, consiste essentiellement à sectionner la portion de la prostate, saillante dans le canal de l'urèthre ou au voisinage du col de la vessie, à l'aide d'un appareil ayant la forme d'un lihotriteur à deux branches, au travers lesquelles on fait passer un courant galvanique, de façon à amener les mors de l'appareil au rouge vif.

M. Desnos (*Soc. de Thérap.*, 22 mai), qui a particulièrement employé cette méthode en France, considère qu'elle doit être réservée aux malades aseptiques ou peu infectés dont la vessie est contractile, à ceux chez qui la sonde passe difficilement, aux sujets d'un âge médiocrement avancé. Elle constitue dans ces conditions une opération peu dangereuse, très efficace, car elle permet l'écoulement rapide et spontané de l'urine par les voies naturelles.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement des dermatoses du vestibule nasal. — Garel (*Mal. du nez*) étudie sous ce nom l'eczéma, la folliculite et le furoncle.

1° *Eczéma.* — S'adresser d'abord à l'état général qu'on cherchera à modifier tant par la médication interne que par le régime. Localement, placer dans

Digitized by Google

les fosses nasales des tampons d'ouate aseptique imbibés d'une solution boriquée tiède, dans le but de ramollir la croûte.

Moure recommande des onctions avec la pommade suivante :

Goudron.....	0 gr. 50 à 1 gramme
Acide salicylique.....	0 — 25 à 0 gr. 40
Vaseline.....	15 grammes

On pourra aussi toucher la lésion avec une pommade contenant du baume du Pérou à 1/10.

Lermoyez conseille une autre pommade ainsi composée :

Huile de cade vraie.....	4 grammes
Vaseline.....	10 —
Lanoline.....	10 —
Essence de girofle.....	V gouttes

Enfin, dans les cas rebelles, faire des cautérisations au nitrate d'argent à 1/10 ou à l'acide chromique à la même dose.

2° *Sycosis ou folliculite.* — Ouvrir chaque point de suppuration avec une aiguille flambée, laver le vestibule nasal avec une solution de sublimé et faire prendre plusieurs fois par jours des bains de nez dans une solution très chaude de sublimé ou de phénosalyl. Une épilation complète de l'entrée des fosses nasales est le plus souvent indispensable.

Pour prévenir les récidives, placer matin et soir pendant quelques minutes dans les fosses nasales, un tampon de coton aseptique imbibé d'une solution de sublimé à 1/2000.

3° *Furoncle.* — Bains de nez fréquents dans des solutions antiseptiques : recouvrir le nez de cataplasmes de farine de lin aseptiques. Le traitement abortif par des tampons de coton imbibés d'une solution à saturation d'acide borique dans l'alcool, est le plus souvent prescrit trop tard pour donner des résultats.

Quand le furoncle présente un point blanc à son sommet, on peut en faire l'ouverture, et on s'efforce de faire sortir le bourbillon par des pressions répétées. Pour éviter de nouvelles inoculations le malade devra se laver les mains dans une solution de sublimé chaque fois qu'il aura touché la lésion avec ses doigts.

MÉDECINE INFANTILE

L'anémie des nourrissons dyspeptiques. — L'anémie de nourrissons relève de deux ordres principaux des causes : tantôt elle est due à une maladie infectieuse (tuberculose, syphilis, etc.) ; tantôt elle est produite par des troubles dyspeptiques.

Cette dernière variété d'anémie est particulièrement fréquente et importante, ce qui se conçoit facilement si l'on songe que la vie des nourrissons se résume presque tout entière dans les actes de la digestion qui lui permettent de s'accroître et de se développer.

M. Comby a étudié les causes, les symptômes et le traitement de cette anémie (*Arch. de médecine des enfants*, juin 1900).

Les causes sont : l'allaitement artificiel ou mixte mal dirigé, la suralimentation, le sevrage prématuré ou brutal, l'abus du lait après le sevrage, les repas trop multipliés, l'usage précoce de la viande, des fruits, du vin, etc. L'insuffisance alimentaire est plus rarement en cause que la suralimentation.

La pâleur est souvent extrême ; les traits sont tirés, l'aspect languissant, les chairs molles, le ventre gros, les organes abdominaux trop développés, l'estomac dilaté.

On entend quelquefois des souffles cardio-vasculaires.

L'appétit est perdu, la soif est vive ; des vomissements se produisent de temps à autre. L'enfant maigrit.

Le traitement pour être efficace doit s'adresser surtout à la dyspepsie et à sa cause.

Le régime alimentaire institué doit être impeccable : l'allaitement au sein sera substitué à l'alimentation au biberon ; le sevrage sera retardé ; après le sevrage, les aliments tendres et riches en principes assimilables seront présentés sous un petit volume.

Le lait, tenant trop de place, sera donné à la dose de un demi-litre par jour seulement ; la soif sera calmée par l'eau d'Evian, pas de vin.

Les farineux, les aliments végétaux occuperont une large place dans la diététique ; on donnera des panades et des potages épais au pain grillé, aux pâtes, à la semoule, etc., les bouillies de farine de blé, d'orge, de riz, etc., les œufs mollets, les œuf au lait, les purées de légumes secs, de pommes de terre, de salades cuites, les fruits cuits (en cas de constipation). Pas de viande crue ni cuite jusqu'à trois ans ; à partir de cet âge, on pourra donner des cervelles, ris de veau, quenelles, poissons, viandes blanches hachées, etc. L'enfant grignotera des croûtes de pain, du pain grillé, des biscottes.

Les repas seront au nombre de quatre par jour.

Il faut prescrire en outre les promenades au grand air, la vie à la campagne, au bord de la mer en choisissant les stations suivant la saison et la température. A la ville, on fera prendre deux bains salés (un kilog. de sel gris dans l'eau) par semaine.

Par les médicaments qui seront aussi rares que possible, on luttera contre la constipation, l'anorexie, l'anémie : on donnera du bicarbonate de soude, de la magnésie, de la strychnine, du fer, etc.

Digitized by Google

On prescrira par exemple :

Bicarbonate de soude..	0 gr. 25
Magnésie calcinée.....	0 — 20
Poudre de canelle..... .	0 — 15
Protoxalate de fer..... . . }	ãã 0 — 01
Poudre de noix vomique..... }	

Pour un paquet, n° 20

En prendre deux par jour, dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée, pendant dix jours (enfant de deux ans).

Dans les cas graves, avec hypertrophie de la rate, et toxi infection gastro-intestinale, on ordonnera des antiseptiques intestinaux, du benzo-naphtol, du calomel, des lavages de l'intestin, etc. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La cholécystectomie ; indications et technique. — On désigne ainsi l'ablation totale ou partielle de la vésicule biliaire. Langenbuch pratiqua la première cholécystectomie, mais son exemple fut peu suivi, beaucoup d'auteurs considérant cette opération plus grave et pas plus efficace que la cholécystostomie.

On revint de cette erreur et depuis quelques années cette opération a trouvé plus de faveur auprès des chirurgiens qui s'adressèrent à elle dans la cholécystite calculeuse et dans les lésions primitives ou secondaires de la vésicule ; son pronostic est beaucoup moins sombre et lorsqu'elle est bien indiquée ses résultats sont supérieurs à ceux de la cholécystostomie.

D'après Schwartz (*Chir. du foie*), l'ablation de la vésicule est indiquée :

Dans les cas de néoplasmes limités, bénins ou malins de la vésicule. Même lorsque le foie est envahi, on peut enlever la vésicule et réséquer la portion du foie malade, si elle est peu étendue.

Dans les ruptures de la vésicule biliaire par traumatisme à moins qu'on ne puisse la suturer ou la fistuliser.

Dans les cholécystites non calculeuses avec lésions graves des parois de la vésicule, alors que les adhérences n'isolent pas le réservoir de la bile, et que la fixation à la paroi est très difficile ou impossible.

Dans les cholécystites calculeuses subaiguës ou chroniques, lorsqu'il y a oblitération du canal cystique, pédiculisation relativement facile de la vésicule, difficulté ou impossibilité de désobstruer le canal par le refoulement, par le broiement ou la cysticotomie, lorsqu'il y a épaississement des parois du cholécyste, ou encore lorsque la vésicule forme une tumeur absolument isolée du foie, comme appendue à lui, la cholécystectomie est de mise à moins de conditions générales mauvaises, ou de conditions locales permettant la cholécystostomie plus rapide et peut-être moins grave.

Dans les cas de fistules biliaires prolongées ou permanentes rebelles au traitement ordinaire, consécutives à une cholécystostomie ou produites spontanément par effraction des voies biliaires accessoires.

L'ablation de la vésicule n'est indiquée que si le cholédoque est perméable et si la tête du pancréas n'est pas augmentée de volume indiquant ainsi la présence d'une tumeur ou d'un calcul. Tout doute de ce côté doit lui faire préférer la cholécystostomie ou la cholécystentérostomie dans le cas de fistule biliaire externe.

Une large laparotomie ayant découvert le bord antérieur du foie et la vésicule qui proémine en avant et au-dessous, on explore, si cela est possible la face inférieure du foie, on détache des adhérences, et la vésicule étant bien mise en évidence on procède à sa libération. Il est généralement facile d'isoler la face inférieure et le fond de l'intestin et de l'épiploon ; cependant, lorsqu'il y a adhérences de l'intestin grêle, au colon transverse, au duodénum, on les détachera avec prudence afin d'éviter des perforations et l'on fera immédiatement l'hémostase.

Il est plus difficile de décoller la vésicule de la fosse hépatique. L'intestin et l'épiploon étant refoulés en bas avec des compresses on incise franchement dans le sinus vésiculo-hépatique avec la pointe du bistouri en soulevant le foie d'une main, on décolle avec le doigt la vésicule de sa fossette en tamponnant au fur et à mesure avec des compresses stérilisées. On arrive peu à peu sur le canal cystique qu'il faut éviter de déchirer. La vésicule et le cystique étant bien isolés, il faut séparer ce dernier et l'artère qui l'accompagne ; certains chirurgiens lient en même temps le canal et l'artère en plaçant deux catguts l'un au-dessus de l'autre, puis une pince étant placée sur la vésicule on sectionne entre cette pince et les ligatures avec le thermocautère. La vésicule étant enlevée, on cautérise le centre du moignon cystique.

Lorsque l'opération a été facile, lorsqu'aucun liquide suspect n'est venu souiller le champ opératoire, lorsque la surface hépatique ne saigne pas, on peut refermer le ventre sans drainer ; ce sera l'exception.

Lorsqu'au contraire on a des doutes sur l'asepsie du moignon lorsqu'il y a un suintement sanguin, il est préférable de laisser un gros drain sous le moignon et de l'entourer de mèches de gaze qui seront retirées les jours suivants.

L'opération n'est pas toujours aussi simple ; souvent des adhérences, des foyers de péricystite suppurée, un suintement en masse plus ou moins abon-

Digitized by Google

dant, des déchirures de la vésicule viennent augmenter les difficultés.

Lorsque la vésicule est pleine, tendue, résistante, le décollement est plus facile, mais si l'on craint la rupture, et surtout si le contenu est septique, il vaudra mieux ponctionner d'abord, tamponner mollement la vésicule et la refermer à l'aide d'une pince, afin d'éviter l'irruption de bile dans le champ opératoire.

L'opération ainsi menée est bénigne et donne de bons résultats ; on a observé des accidents dus au glissement des ligatures (hémorrhagie, effusion de bile sous le péritoine), ils peuvent être évités si celles-ci sont bien faites et si l'on a soin de faire deux ligatures l'une au-dessus de l'autre.

La cholécystectomie partielle a été plus rarement pratiquée, Schwartz en a rapporté un cas avec guérison. — J. H. M.

HYGIÈNE DENTAIRE

Hygiène de la bouche. — La bouche est certainement le milieu le plus favorable à l'éclosion, au développement et à la conservation des micro-organismes. On y trouve en effet, l'humidité, l'air, la chaleur et des produits organiques provenant de la cavité elle-même ou de débris alimentaires ; toutes conditions qui, d'après les recherches récentes favorisent la reproduction des bactéries, température de 30 à 35 degrés, oxygène contenu dans l'air, aérobies, débris organiques saprophytes, alcalinité, acidité, etc. Les bactériologistes modernes nous ont montré qu'à l'état normal ces micro-organismes multiples, les uns pathogènes, les autres simples saprophytes existent dans la bouche, y ont une vie latente chez un sujet sain. L'économie est protégée contre leur action morbide par un triple système de défense ; la continuité de l'épithélioma buccal, la salive et le mucus buccal, enfin par l'appareil composé de follicules clos entourant le pharynx et les ganglions cervicaux. Sebilleau a fait judicieusement remarquer qu'une lésion épithéliale, l'altération et l'insuffisance salivaires, ainsi que la diminution du pouvoir leucocytaire sont des portes ouvertes à l'infection, laquelle peut elle même revêtir des formes terribles.

On peut donc dire que l'hygiène de la bouche tient une place importante dans la prophylaxie des maladies. L'ignorance du public sur ces faits peut seule expliquer son indifférence, car sur une série de 200 personnes de tous pays, examinées dans une clinique d'Etat, on a trouvé à peine un pour cent se soignant la bouche.

En dehors des soins spéciaux nécessités par la carie dentaire de laquelle, sans aucun doute, proviennent la plupart des accidents septicémiques, il est nécessaire d'assurer l'asepsie buccale par les antiseptiques. Ce n'est pas que la gamme des dentifrices ne soit nombreuse, mais cependant un choix judicieux s'impose, *primum non nocere*. La composition des dentifrices a subi le contre coup de la déclaration de guerre au microbe. Primitivement, ces préparations avaient pour but d'entretenir la propreté de la bouche, la blancheur des dents et en même temps d'affermir les gencives. Elles répondaient dans une certaine mesure au premier point puisqu'il entrait dans leur composition des huiles essentielles qui jouissent d'un pouvoir fortement bactéricide. Les poudres alcalines cependant, ainsi que les dentifrices à base d'alcool, assèchent plutôt la bouche. Un produit à exclure de leur préparation est le salol. Les docteurs Gille et Garnier ont décrit dans un mémoire original les accidents qui peuvent résulter de son usage. A côté des phénomènes d'intoxication générale possibles, tels que des érythèmes fugaces, des troubles digestifs légers, l'inconvénient principal de l'emploi du salol comme dentifrice, consiste dans des dermites localisées au pourtour des lèvres. Ces dermites évoluent le plus souvent vers la forme eczémateuse et ainsi se trouve constitué l'eczéma orbiculaire des lèvres. Il est donc préférable de s'abstenir de ce médicament qui peut être avantageusement remplacé par la résorcine, l'acide salicylique, le chloral, le formol. Le docteur Grosnehard a remis en honneur le permanganate de potasse dans la formule suivante :

Dans un verre d'eau bouillie à 40°,

Cinq gouttes d'une solution de permanganate au dixième et quelques gouttes d'alcool de menthe. La caractéristique de cet agent est d'abandonner de l'oxygène aux matières organiques au contact desquelles il est placé. Il permet de détruire par une oxydation énergique les microbes (Arnozan). Enfin, un des plus puissants microbicides employé depuis longtemps par les dentistes pour le blanchiement des dents bien avant qu'il ne soit d'usage en chirurgie générale, c'est l'eau oxygénée. On a justement insisté sur ses propriétés antiseptiques, désodorisantes, excitantes, hémostatiques. M. Michaud en fait l'antiseptique de choix pour la purification des régions anfractueuses. En l'alcalinisant par le borate de soude, comme le conseille Poucet, en le dédoublant et en l'aromatisant par une essence, on peut considérer que c'est un antiseptique buccal parfait. — Dr Marchandé.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lutte contre l'absinthisme. — M. Laborde. On sait que l'absinthe, en raison des essences qu'elle renferme, prend une part prépondérante dans les fatales conséquences de l'alcoolisation, non seulement au point de vue pathogénique des lésions qu'elle engendre sur l'organisme, mais encore relativement au caractère de violence, de férocité des actes criminels et impulsifs, accomplis sous son influence. Elle agit à la manière d'un véritable poison, d'autant plus dangereux qu'elle est à la portée de tout le monde, principalement de la classe ouvrière, qui en fait une énorme consommation.

La prohibition légale de cette boisson s'impose comme une mesure de salut public. Cette prohibition est d'autant plus facile, que le Gouvernement, par un vote des Chambres, est autorisé à interdire par décrets la fabrication et la vente de toute essence reconnue dangereuse et déclarée comme telle par l'Académie.

En conséquence, M. Laborde soumet à l'Académie la proposition suivante : Prendre sans plus tarder, en conformité de la motion votée par le Parlement, l'initiative de l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, à l'effet d'en interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente.

Communiquer au gouvernement la délibération adoptée à ce sujet par l'Académie.

De la mortalité infantile. — M. Budin lit un rapport sur un mémoire de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, de Nice.

Il résulte de ce travail, que dans les villes de France, sur 1000 individus qui meurent, 167, c'est-à dire plus du sixième, sont des enfants de 0 à 1 an. Dans quelques villes, telles que Paris, Rouen, Lille, Dunkerque, Saint-Pol-sur-Mer, la mortalité de ces enfants arrive à être égale au cinquième, au quart, au tiers et même à la moitié de la mortalité totale.

Sur 1000 décès d'enfants de 0 à 1 an, 385 sont dus à la gastro-entérite, 147 aux maladies des voies respiratoires, 171 à la débilité congénitale, 25 à la tuberculose, 50 aux maladies contagieuses, 222 à toutes les autres causes réunies.

Les décès les plus nombreux sont donc dus à la diarrhée ou à la gastro-entérite. C'est surtout pendant les chaleurs que sévissent ces affections. Si on parvenait à les supprimer, on diminuerait dans de grandes proportions le nombre des décès. Ce sont surtout les enfants élevés artificiellement qui succombent.

Beaucoup de ces décès pourraient être évités par la pratique d'une meilleure hygiène, par une alimentation plus rationnelle, par la création de consultations de nourrissons, la surveillance des crèches, etc... (*11 juin*).

Emploi thérapeutique de la lécithine. — M. Lancereaux. Des recherches récentes (A. Gautier, Desgrez, Gilbert), ont fait connaître le rôle important que joue la lécithine dans la nutrition de l'organisme, du système nerveux en particulier, et l'augmentation de poids qui résulte de son usage.

M. Lancereaux a employé ce médicament à la dose de 0 gr. 50 par jour, chez deux malades atteints de diabète pancréatique, arrivés à une phase avancée de leur affection, et qui dépérissaient à vue d'œil. Sous l'influence de la lécithine, non seulement l'amaigrissement a cessé, mais ils ont augmenté rapidement de poids, et leur état général s'est trouvé très amélioré.

La lécithine constitue donc un excellent aliment susceptible de rendre de grands services dans les cas de dénutrition rapide. — (*18 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sérothérapie préventive dans une épidémie de diphtérie. — MM. J. Voisin et Guinon rapportent l'histoire d'une épidémie de diphtérie qui eut lieu en novembre dernier à la Salpétrière, dans la section des enfants idiotes et épileptiques. Sur 165 enfants dont elle se composait, 13 furent atteintes tout d'abord, une enfant de 6 ans succomba en quelques jours, les douze autres guérirent après les injections de sérum. Une seule de ces enfants a eu un croup vrai et a guéri après tubage.

A ce moment, des mesures de prophylaxie, appliquées avec énergie enrayèrent la marche de l'épidémie.

Quatre cas qui suivirent l'inoculation préventive furent d'une bénignité remarquable; les fausses membranes, très minces, peu étendues, tombèrent rapidement, en moins de 24 heures.

Toutefois, alors qu'on croyait l'épidémie terminée, 12 à 15 jours après l'injection préventive, apparut encore un cas qui fut mortel en 24 heures : ce qui confirme ce fait que l'action préventive du sérum, bien qu'efficace, ne dépasse pas 15 jours.

Les mesures de prophylaxie ont été les suivantes :

Isoler et mettre en observation tout enfant atteint de fièvre ou d'inflammation de la gorge jusqu'à ce que l'examen bactériologique ait prouvé qu'elle était indemne ou atteinte de diphtérie.

Injection préventive de sérum anti-diphtérique à toutes les enfants du services (20 cc. aux enfants ayant plus de 10 ans, et 10 cc. aux autres).

Antisepsie rigoureuse de tous les objets en contact avec les enfants; mêmes précautions antiseptiques pour le personnel.

Comme accidents secondaires, on observa chez quelques malades des éruptions vers le 10e ou 12e jour après l'injection, qui disparurent sans laisser de traces.

Les septicémies staphylococciques du type général. — M. Etienne (de Nancy). Lorsque le staphylocoque inter-

Digitized by Google

vient dans la genèse des infections généralisées, même à porte d'entrée inconnue, il détermine souvent des pyohémies plus ou moins diffuses. Mais parfois le staphylocoque donne naissance à de véritables septicémies, sans trace de suppuration, se manifestant, en dehors de l'état général infectieux, par des érythèmes, du purpura, de l'endocardite, du pseudo-rhumatisme infectieux, de l'ictère, etc.

La symptomatologie de ces septicémies peut être plus réduite encore et ne déterminer aucune localisation viscérale.

Dans ce type, l'infection se manifeste exclusivement par des modifications de l'état général du malade; il existe une fièvre intense, à caractère variables ; une adynamie, une prostration extrêmes. Quelle que soit la minutie apportée à l'examen du malade, on ne trouve vers les organes que les symptômes communs à toute infection grave, sans que l'un de ceux ci soit prédominant et sans que les manifestations vers un viscère ou vers la peau puissent servir de base à l'établissement d'un type particulier. Il est possible de reconnaître trois formes principales à ces septicémies à type général, suivant leur mode d'évolution : formes à evolution suraiguë, à évolution rapide, à évolution prolongée. Les premières, d'une extrême gravité, se terminent souvent par la mort en 4 à 5 jours ; les deux autres sont susceptibles de guérir en un temps plus ou moins long.

L'examen bactériologique du sang le montre ordinairement chargé de colonies de staphylocoques blancs ou dorés Les autres lésions viscérales sont celles des grandes infections. — (7 *juin*).

Tubercules du cervelet. — MM. Huchard et Bergouignan (Voir page 406).

De la céphalée d'effort avec raideur de la nuque dans les tumeurs du cervelet. — M. Merklen. Parmi les signes qui constituent le syndrome cérébelleux, il en est un d'une importance capitale, parce qu'il peut exister seul pendant un grand nombre de mois, et prédominer jusqu'à la mort le mal de tête. C'est une céphalalgie dont les caractères, bien établis par les neuropathologistes, sont assez typiques pour que l'on puisse penser d'emblée à une tumeur du cervelet, sauf à en confirmer le diagnostic par la recherche où l'attente d'autres signes Il s'agit d'une douleur à localisation surtout occipitale, mais qui souvent occupe aussi le front et même toute la tête. Intermittente au début du mal, elle finit par devenir continue, mais avec des exaspérations ou paroxysmes qui se produisent sous l'influence des mouvements et des efforts. Ceux-ci déterminent des crises douloureuses d'une intensité souvent inouïe C'est une céphalalgie dite explosive, arrachant parfois au malade de véritables hurlements et le poussant à demander ou à chercher la mort pour mettre fin à ses souffrances. C'est de plus une céphalalgie qui s'accompagne d'une raideur de la nuque mettant la tête en opisthotonos, véritable contracture de défense pour l'immobiliser, le malade sentant que tout mouvement ou tout effort nouveau déterminerait une exaspération de ses atroces douleurs. C'est enfin une céphalalgie rebelle qui ne se laisse que peu influencer par les médicaments, même la morphine, mais qui, chose étrange, subit des rémissions temporaires sous l'influence de certaines suggestions (traitement nouveau, isolement, autorité médicale).

La cause de cette douleur de tête si spéciale réside dans l'excès de tension intra crânienne qui résulte de l'hydrocéphalie ventriculaire. Le néoplasme, d'un volume souvent considérable, siégeant sous la tente du cervelet, comprime les veines de Galien et détermine ainsi l'hydropisie des ventricules du cerveau et la distension de l'encéphale trop à l'étroit dans la boîte crânienne. Les mouvements et l'effort ne font qu'augmenter cet excès de tension, d'où les violents paroxysmes douloureux. L'on comprend qu'il ne puisse exister qu'un remède à ce mal, c'est ou l'enlèvement de la tumeur, ou la trépanation palliative destinée à diminuer l'hypertension intra-crânienne.

A l'appui de sa communication, M. Merklen rapporte une longue observation que l'on peut résumer de la façon suivante :

Céphalée d'effort chez un jeune homme de 18 ans : crises paroxystiques atroces avec cris et contracture de la nuque. Au bout de 5 mois, démarche légèrement ébrieuse. Insuccès de tous les analgésiques. Trépanation palliative, développement, au niveau de la couronne de trépan, d'une poche due à une hydropisie ventriculaire avec hernie d'un prolongement du ventricule latéral. Ponctions répétées donnant de 500 à 100 grammes de liquide céphalo-rachidien. Mort quatre mois après l'opération. Tubercule solitaire du lobe gauche du cervelet, de la grosseur d'une mandarine.

Pleurésie purulente tolérée pendant près de 40 ans. — M. Faisans présente la coque pleurale provenant d'un sujet mort dans le service de cirrhose atrophique ; c'est une plèvre très anciennement enflammée et épaissie, transformée en une paroi rigide, de consistance cartilagineuse ou osseuse suivant les points et qui n'a pu être sectionnée qu'avec l'aide du costotome. Elle renfermait dans son milieu du pus, ayant subi la dégénérescence graisseuse, devenu inoffensif, mais dont la quantité était de trois litres et demi environ. Quoique le cœur fût dévié à droite sous le sternum, le poumon réduit à l'état de moignon imperméable dans la plus grande partie de son étendue, le malade porteur de cette lésion, remontant à 40 ans environ, put se livrer à des travaux fort pénibles, et notamment faire la campagne de 1870.

Des formes prolongées et à rechutes de la diphtérie — MM. Barbier et Lobligeois (Voir page 401). — (14 *juin*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Epithélioma de l'ovaire consécutif à un épithélioma de l'intestin. — M. Le Dentu communique l'observation d'une femme chez laquelle il fit en 1898 une enterectomie de 5 centimètres par un épithélioma de l'intestin grêle. En mars 1901, il opéra de nouveau cette malade pour un épithé-

Digitized by Google

lioma de l'ovaire droit. Cette opération réussit parfaitement comme la première. Examinant s'il existe un rapport entre ces deux tumeurs chez la même malade, M. Le Dentu pense que le néoplasme de l'ovaire a été secondaire à celui de l'intestin, et qu'il en a été la conséquence éloignée.

Epidémie de tétanos. — M. Reynier rapporte les observations de trois malades, qui, en février dernier, furent opérés dans son service, l'un pour une hernie étranglée, l'autre pour un pyosalpinx, le troisième pour une cure radicale de hernie. Or, chez le premier de ces malades, le tétanos apparut le 10e jour après l'opération; chez la seconde, le 13e jour; tous deux succombèrent en quelques jours, malgré l'isolement, les lavements de chloral à haute dose 8 et 12 gr., les piqûres de morphine, les injections quotidiennes de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Une injection préventive de sérum antitétanique avait été faite chez le troisième sujet avant l'opération. Néanmoins, le tétanos se déclara chez lui le 12e jour; ce ne fut qu'après quinze jours d'efforts, de soins continus que l'on put se rendre maître de la maladie. Les moyens thérapeutiques mis en œuvre furent les mêmes que précédemment. Toutefois, chez ce dernier malade, sur le conseil de M. Lancereaux, la dose du chloral en lavement fut portée à 20 gr. par jour. Le lendemain du premier lavement un mieux notable se produisit; les lavements à cette même dose furent continués pendant dix jours avec adjonction d'une dose quotidienne de 30 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Les mesures de l'asepsie la plus minutieuse étaient constamment prises dans le service de M. Reynier; il fut impossible de découvrir la fissure par où s'était introduit l'agent infectieux de cette petite épidémie, qui resta localisée à ces trois cas (*5 juin*).

De la réduction sanglante dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. Delanglade, de Marseille. L'indication d'intervenir par la méthode sanglante pour une fracture simple de l'extrémité inférieure du radius, est rare. Nombreux sont en effet les cas où, par les moyens ordinaires, on peut obtenir d'excellents résultats au point de vue de la forme et de la fonction. Mais si le déplacement du fragment inférieur est tel qu'il est impossible de le réduire par simple traction sur la main, même sous le chloroforme, il y a lieu, comme dans le cas rapporté par l'auteur, d'ouvrir le foyer de la fracture et d'opérer la réduction à l'aide d'une pince à traction placée sur le fragment inférieur, engrenant le supérieur. A cause de la brièveté de l'un des fragments, la suture osseuse n'est pas nécessaire, un appareil plâtré les maintiendra en place.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques. — M. Pousson, de Bordeaux. — Le nombre des intervention de M. Pousson au cours de néphrites aiguës est de quatre. Il s'agissait de néphrites infectieuses survenues au cours de maladies générales, ou à la suite d'affections vésicales (néphrites ascendantes). Dans les deux premiers cas, la néphrotomie donna 2 guérisons se maintenant, l'une depuis 3 ans et demi, l'autre depuis 7 mois. Dans les deux autres, la néphrectomie fournit une guérison opératoire, mais la mort survint 4 mois après à la suite de l'infection de l'autre rein; et une mort dans les 60 heures en raison d'une pyonéphrose préexistante du côté opposé.

D'après ces faits, et d'autres analogues que l'on retrouve dans la littérature médicale, il semble que la néphrotomie possède une certaine supériorité sur l'extirpation du rein, puisqu'elle est plus souvent suivie d'un succès complet.

En effet, la suppression d'un rein est toujours une chose grave, pleine d'aléas pour l'avenir, alors même que les moyens de nous rendre compte de la valeur du congénère en révèlent l'intégrité fonctionnelle. Mais en face de la multiplicité des foyers de suppuration dans l'infection aiguë du rein, de leur absence même dans bien des cas où les lésions consistent dans l'infiltration leucocytique du parenchyme, on est en droit de se demander comment agit la simple incision du rein. Elle agit d'abord en provoquant un écoulement abondant de sang, d'où décongestion de l'organe; en second lieu, elle favorise l'issue des agents pathogènes et de leurs toxines, en même temps que celle des déchets épithéliaux et d'autres produits encombrant les canalicules.

Dans deux cas de néphrite chronique, les accidents urémiques, conséquence de l'oligurie et de l'insuffisance excrémentitielle du rein, momentanément conjurés par la néphrectomie, se reproduisirent après la fermeture de l'incision rénale. La néphrectomie secondairement pratiquée sur l'un de ces malades, fit complètement disparaître ces accidents. *(12 juin).*

QUELQUES MOTS SUR LE DORMIOL

D'après les conclusions du Professeur Combemale, de Lille, sur dix observations d'insomnie (*Echo Médical du Nord*, du 5 mai 1901), observations communiquées à la *Société Centrale de Médecine du Nord* (Séance du 26 avril 1901), il résulte que, dans les cas où n'entre pas l'élément douleur, et où ne se rencontre pas un élément psychique avec agitation considérable, *le Dormiol* agit bien sur l'insomnie, et, si réellement il n'a pas les propriétés toxiques du Chloral, les services que le *Dormiol* est appelé à rendre peuvent être considérables et de nature à détrôner les hypnotiques les plus communément employés.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Principes de traitement de la neurasthénie (1)

Par Maurice de Fleury
Ancien interne des Hôpitaux

Parmi le nombre considérable des méthodes de traitement et des médicaments préconisés jusqu'à ce jour en vue de guérir ou d'améliorer l'épuisement du système nerveux, nous allons nous efforcer de faire ensemble un choix sérieusement motivé. Il en est d'inutiles, il en est de nuisibles. Nous tâcherons d'en faire le départ, fort d'une expérience qui date d'une dizaine d'années, pendant lesquelles il nous a été donné de voir, au jour le jour, parfois pendant deux ou trois mois, des malades observés pour la plupart, avec toute la précision dont dispose la clinique moderne.

Et tout d'abord un premier point.

Pour faire un bon médecin de neurasthéniques, il faut, je crois bien, réunir un certain nombre de conditions, qu'il n'est pas tout à fait oiseux d'énumérer.

C'est une bonne chose d'avoir été neurasthénique, à condition, bien entendu, d'avoir cessé de l'être. Un médecin qui n'a pas connu par lui-même tous les tourments de la névrose dépressive, qui n'est pas descendu au fond de ce trou noir d'où l'on ne voit plus l'espérance, ne comprend pas aisément ses malades et ne sympathise pas pleinement avec eux.

Etonné, vite las de la monotonie de leurs plaintes, naturellement porté à la solution la plus simple qui est de les envisager comme des malades de Molière et de s'en débarrasser le plus tôt possible, il a tendance à les traiter avec plus d'ironie ou d'impatience que de profonde pitié ; et les conseils qui sortent de sa bouche peuvent se résumer à peu près à ceci : « Ne croyez pas à votre mal ; il vous suffirait de vouloir pour pouvoir vaincre votre fatigue et pour dissiper vos idées noires, il ne faut pas vous laisser aller de la sorte !... » Ou bien encore : « Evitez les émotions, faites un petit voyage, prenez quelques douches et n'y pensez plus » ; d'autres ajoutent à ces conseils une ordonnance comprenant quelque vin médicamenteux, une préparation de glycérophosphates, de la strychnine, de la caféine, du fer, tous les toniques. Cependant le malade tarde à s'améliorer, perd courage, change de médecin, pour se heurter ailleurs à des prescriptions de même sorte, à moins qu'il ne devienne la proie d'un de ces exploiteurs, braconniers de la médecine, chez qui l'on vient en désespoir de cause, après avoir tout essayé. Un médecin qui a passé par la neurasthénie sait mieux comprendre ses malades, il connaît leurs symptômes avant même qu'on les lui dise, ne doute point de leur réalité, s'arme de patience et parle d'un cœur fraternel ; vivant exemple de guérison, il ne manque d'autorité ni pour préciser une ligne de conduite, ni pour promettre un mieux prochain.

Autre condition nécessaire, il faut qu'il ait du temps, qu'il garde longtemps ses malades, écoute longuement leurs plaintes ; qu'il s'intéresse à leur psychologie, qu'il s'apitoie sur leurs misères, qu'il apprenne à ne pas s'énerver à leur contact, que rien ne trouble sa patience et son encourageante bonhomie.

Je crois fort bon de se spécialiser à l'étude de la neurologie ou des maladies de la nutrition, mais peut-être est-il moins sage de se cantonner dans la pratique d'une seule méthode de traitement : un doucheur, un électricien n'auront-ils pas presque invinciblement tendance à conseiller toujours et partout l'agent dont ils font grand usage et qu'ils manient habilement. Faisons-nous donc spécialiste d'une maladie ou d'un groupe de maladies et non point d'un remède, afin d'être plus sûrs d'apporter une parfaite impartialité dans le choix du moyen qui convient à chaque sujet.

Dernière condition requise : il importe que le médecin de névropathes s'attache à faire un diagnostic attentif. Rien ne paraît au premier abord plus facile que de reconnaître la maladie de Beard chez un sujet qui vient à vous en disant de lui même je suis « neurasthénique », et en énumérant toute la série des stigmates. C'est un neurasthénique, n'est-ce rien d'autre chose ? n'est-ce pas, du même coup, un hystérique qui ne guérira pas tout à fait si l'on ne traite qu'une de ses névroses ? n'est-ce pas un tuberculeux au début, chez qui la médication tonique n'amènera qu'une recrudescence de la fièvre ? n'est ce pas un futur paralytique général, un alcoolique, un brightique, un diabétique qui s'ignore ? Je me fais une loi de ne jamais commencer un traitement avant d'avoir affermi mon diagnostic par élimination et sans m'être armé d'une analyse d'urines aussi complète que possible.

Si l'on étudie la pression sanguine chez les neurasthéniques, on est vite conduit à les diviser en deux classes. Les uns présentent de l'hypotension artérielle, et sont de véritables déprimés du système nerveux, qui guérissent de leur état mental à mesure que se redresse la courbe de leur tension artérielle, et celle de leurs forces. Les autres, tout au contraire, sont des hypertendus et des intoxiqués dont la courbe de guérison est une courbe de descente. C'est là encore un diagnostic qu'il importe de faire. J'ai vu

(1) Conférences faites à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker (conférences et consultations cliniques du Dr Huchard)

Digitized by Google

récemment un malade, âgé de près de 50 ans, qui se plaignait de lassitude invincible, d'insomnies rebelles, de douleurs à la nuque, de troubles visuels, de digestions pénibles et d'idées noires. Sur les conseils d'un autre neurasthénique, il alla se placer en province dans une maison où, pendant cinq semaines, il fut soumis à une cure d'immobilisation et de suralimentation à la façon de Weir-Mitchell ; son état ne fit qu'empirer : or, après examen soigneux et analyse des urines, il fut reconnu que c'était un artério-sclérreux précisément intoxiqué par excès d'alimentation carnée et de vins généreux. Il a guéri par le régime lacto-végétarien, l'exercice physique progressivement accru, et quelques stimulations mécaniques du système nerveux.

Par contre, on voit à tous moments de grands déprimés, tout à fait à bout d'énergie, empirer promptement parce qu'on a voulu les soumettre — sous prétexte de leur montrer l'inanité de leur sensation de fatigue — à des exercices physiques ou à un travail intellectuel mal dosé.

C'est ici le lieu de préciser les indications générales que comporte chacune de ces deux grandes divisions fondées sur la clinique et la pathogénie.

Neurasthénie a hypertension

Ce sont, nous l'avons dit et bien souvent redit, des intoxiqués de qui le système nerveux central est, ou bien empoisonné à la lettre par l'abus de l'alcool, ou plus simplement encrassé par les déchets de la nutrition insuffisamment éliminés.

L'indication fondamentale est ici le lavage du sang, l'élimination de l'acide urique en excès, le nettoyage du rein qui, filtrant une urine extrêmement chargée, menace de s'altérer anatomiquement ; le soulagement du cœur, habituellement contraint à lutter contre une vaso-constriction periphérique à peu près constante, et l'apaisement de l'estomac, le plus souvent hyperpeptique. Pour la remplir, nous avons à notre disposition toute une série de moyens importants au premier rang desquels le *régime lacté*, qui, lorsque les malades consentent à s'y soumettre, ne serait-ce que pendant deux ou trois jours, procure à cette catégorie de névropathes un soulagement à peu près immédiat et à peu près infaillible. A vrai dire je ne pense pas qu'il faille le continuer longtemps à l'état intégral. Il faut le remplacer bientôt par le *régime lacto-végétarien*, que l'on pourra sans trop tarder corser d'un plat de viande grillée ou rôtie, très cuite, au repas du matin. Le mieux est — nous l'avons déjà dit dans le chapitre consacré aux troubles gastro-intestinaux — de prescrire des repas secs de supprimer tous breuvages au cours de la digestion stomacale, et de donner le lait d'heure en heure dans les moments où l'estomac est vide. Il est souvent utile de le couper d'un tiers d'eau bicarbonatée et d'ajouter à chaque verre une cuillerée à café d'eau de chaux médicinale.

A ce régime fondamental, il est ordinairement bon d'ajouter soit du *massage*, tel que M. Cautru nous enseigne à le pratiquer en vue d'abaisser la pression sanguine trop haute ; soit des *douches chaudes*, soit encore des *bains statiques* sans étincelles un peu longuement prolongés, et dont l'action hypotensive me paraît fort bien démontrée ; soit encore des *bains carbonigènes*, à la manière de Bourbon-Lancy, de Nauheim ou de la source César de Royat. Aux personnes qui supportent mal le lavage du sang par la voie stomacale, les grandes *injections hypodermiques de solution saline* à 7 p. 1000, rendront de grands services ; il m'est arrivé d'avoir recours, non sans succès, aux bains de vapeur, à la pilocarpine, aux différents moyens d'élimination par la peau.

Un de mes neurasthéniques à hypertension, arthritique, gros mangeur, effleuré à 51 ans par l'artério-sclérose, a guéri de sa neurasthénie en modifiant son régime et en se donnant une forte suée tous les jours, sur la planche de la salle d'armes. C'est là une catégorie de neurasthéniques à qui l'exercice physique fait du bien, à condition qu'il soit prescrit d'une façon méthodique et progressive. Ces malades ont en effet les jambes lourdes, raides et lasses, d'une lassitude qui ressemble à une douleur, et ils ont toutes les peines du monde, les premiers temps, à s'entrainer à la marche, à la gymnastique, et à l'excellent exercice que la bicyclette est pour eux. Il importe de commencer par de petites doses, régulièrement et constamment accrues. Personne, mieux que M. Fernand Lagrange, n'a précisé les règles de cette médication par l'exercice. L'élimination des toxines d'une part, l'entraînement de l'autre, amènent fréquemment une transformation du malade.

Quelquefois, il arrive que le névropathe à hypertension, débarrassé par le régime des poisons qui lui procuraient l'illusion de l'épuisement nerveux, devient un névropathe à hypotension ; il faut alors le traiter en conséquence. Souvent les choses se passent de telle sorte que la première partie de la cure doit être consacrée à l'élimination des déchets encombrant l'organisme, à la neutralisation, au nettoyage du système nerveux central, la seconde partie consistant à relever l'énergie tombée au minimum, grâce au régime.

Neurasthénie a hypotension

Ici, l'indication est essentiellement d'avigourer les forces, de restaurer l'énergie vitale amoindrie, d'accélérer la nutrition, de redonner aux muscles du tonus, aux glandes le pouvoir sécrétoire, de rehausser la pression sanguine, d'activer la réduction de

Digitized by Google

l'oxyhémoglobine, de relever le coefficient des oxydations, de rétrécir le seuil de la sensibilité, de ramener à la normale la motricité des parois gastriques et le chimisme stomacal, de combattre l'asthénie génitale ou la ptose utéro-gastrique, etc., etc. Or, tout cela peut se faire au moyen d'un petit nombre d'agents thérapeutiques, purement dynamiques comme le mal lui-même, et ne faisant point par conséquent dans les centres nerveux cette obscure chimie qu'il faut toujours chercher à épargner aux nerveux.

Ici encore, le *régime alimentaire* est de première utilité. Habituellement hypopeptique, le vrai neurasthénique déprimé à hypotension, ne trouve dans l'alcool, dans les vins de table, dans les élixirs médicamenteux, dans les liqueurs, qu'un excitant qui l'énerve et le surmène, qui l'irrite ou qui lui communique des somnolences quelquefois invincibles. Pas plus que le neurasthénique à hypertension, le névropathe franchement asthénique ne doit boire de vin. D'ailleurs, comme son suc gastrique est pauvre, il est bon de lui recommander de ne le point diluer dans de grandes quantités de liquide au repas. Ici encore, le mieux est donc de conseiller le régime sec, en faisant boire de l'eau, facile à digérer, à neuf heures, dix heures, onze heures du matin, quatre heures, cinq heures et six heures de l'après-midi. Par le fait seul que sa capacité vitale est amoindrie sur tous les points, pour la combustion des aliments comme pour tout le reste, il est sage de ne pas trop charger son estomac de substances pouvant produire de l'acide urique en excès. Il faut pourtant lui donner de la viande, assez abondamment au repas de midi, un peu moins au repas du soir, des œufs, des poissons de digestion facile, du maigre de jambon, et les légumes qui ne fermentent pas trop dans l'estomac et l'intestin savoir : les artichauts à la sauce blanche, les haricots verts très tendres, les pommes de terre au beurre ou en purée, les purées soigneusement tamisées de petits pois, de lentilles ou de pois secs, des purées de salades cuites, des crèmes cuites, des fruits cuits. Habituellement dénués d'appétit, ces malades sont susceptibles d'être entraînés à se nourrir avec une abondance croissante si on les maintient strictement au régime. On arrive d'ailleurs au moyen des injections salines ou de quelques autres apéritifs purement mécaniques, à leur donner un appétit tout à fait boulimique, qu'il est souvent utile de réfréner, tant il va loin. Chaque repas doit demeurer très modérément copieux, ces malades ayant, comme nous l'avons vu, une sécrétion gastrique en feu de paille, tout de suite assouvie; ils doivent faire chaque jour quatre petits repas.

Alors que, tout à l'heure, nous étions amenés à conseiller l'exercice physique progressif, nous sommes logiquement conduits à mettre nos asthéniques au *repos*. Dans la pratique, ils s'en trouvent fort bien, à condition que ce repos ne soit pas absolu ; il est imprudent de donner à ses malades l'habitude de l'inactivité complète à laquelle ils s'inclinent déjà trop aisément. Il faut donc savoir mélanger de longues heures de repos dans la position couchée au grand air, avec de courtes promenades qui commenceront par ne pas dépasser un quart d'heure matin et soir, et qui chaque jour s'accroîtront de deux ou trois minutes. Chez ces grands déprimés, une heure de sommeil dans le milieu du jour ne pourra que les entraîner à mieux dormir la nuit.

Reste à faire choix d'une *médication tonique*. Après ce que nous avons dit au cours du chapitre précédent, il est bien évident que nous donnerons la préférence aux stimulations méthodiques fréquemment réitérées, progressives du système nerveux central par l'intermédiaire des nerfs de sensibilité. L'expérience de Brondgeest nous a appris que le tonus est un réflexe, et qu'il est entretenu en nous par les excitations incessantes que nous transmettent les vibrations du monde extérieur. Puisque le propre de nos malades est précisément de manquer de tonus, nous savons maintenant pouvoir leur en redonner en mettant en vibration modérée l'une de leurs grandes périphéries sensitives : la surface cutanée par les bains de lumière, les douches chaudes ou froides, les bains salés ou sulfureux ; les surfaces musculaires, articulaires, tendineuses et aponévrotiques, par le massage profond ; la surface pulmonaire par des inhalations d'oxygène, d'ozone, de vapeurs doucement irritantes, d'air comprimé ; la surface digestive par telle substance alimentaire, médicamenteuse, dont l'action est toute mécanique (1) ; la surface circulatoire au moyen des injections de substances non toxiques et notamment de solutions salines.

De tout cet ensemble de moyens les deux plus puissants sont, à coup sûr, d'une part l'*injection saline*, de l'autre *la cure d'air et d'altitude*. Comme beaucoup de nos malades sont empêchés de quitter la ville et de laisser leurs occupations à d'autres moments qu'à celui des vacances, il faut bien s'en tenir aux moyens applicables sur place.

Rien ne permet de comprendre le lien qui unit entre eux tous les symptômes, en apparence si divers de la maladie de Beard, comme de les voir survenir à peu de distance les uns des autres à la suite d'un surmenage, puis de les voir s'évanouir ainsi que

(1) C'est ainsi qu'agit le repas quand il procure aux neurasthéniques déprimés un immédiat rehaut de forces bien longtemps avant que commence l'utilisation chimique des aliments par les tissus.

Digitized by Google

s'envole un essaim, consécutivement à un bon traitement tonique, lequel s'attache uniquement à relever d'ensemble la tonicité générale. Nous savons tous qu'il suffit quelquefois d'envoyer un neurasthénique à 800 mètres d'altitude pour lui faire recouvrer en peu de jours l'aptitude à tout digérer, le sommeil calme, le sentiment de force et de légèreté du corps, comme aussi le plaisir à vivre. Le massage bien pratiqué, la douche, l'électrisation, les bains stimulants, et, plus encore, l'injection saline méthodiquement employée, donnent souvent des résultats tout à fait comparables à ceux-là, et combien de fois n'ai-je pas vu un malade qui, pendant deux ou trois ans de suite était resté indifférent aux bienfaits de l'altitude, profiter de la cure d'air d'une façon tout à fait éclatante, si elle a été précédée d'une cure préparatoire par un des moyens mécaniques que nous venons d'énumérer. Déjà, à propos de la médication bromurée chez les épileptiques (1) j'ai démontré que l'injection hypodermique de sérum augmente dans des proportions tout à fait remarquables, la parfaite assimilation du bromure, sa complète élimination et son utilisation par les centres nerveux. De même chez le neurasthénique, une série de petites transfusions de sérum concentré procure à l'organisme une « réceptivité » beaucoup plus marquée pour l'oxygène des hauts plateaux.

Ces indications générales données, reprenons un à un les grands symptômes neurasthéniques au point de vue du traitement. *(à suivre)*

(1) *L'Epilepsie et son traitement.*

HYGIÈNE

Ligue contre la syphilis

d'après le Professeur A. Fournier

A côté de la tuberculose et de l'alcoolisme, il est un troisième fléau qui ravage les Sociétés modernes : c'est la syphilis, ou pour mieux dire, la syphilis flanquée de la blennorrhagie, dont le véritable pronostic et dont la haute gravité n'ont été révélés que par les travaux de l'époque contemporaine. Contre la tuberculose et l'alcoolisme, on a commencé à réagir, des Sociétés ont été fondées pour répandre la bonne parole, pour prévenir le public des moyens à employer pour se garantir de l'infection tuberculeuse ou lui montrer le danger individuel et social de l'abus des boissons alcoolisées. Contre la syphilis rien encore n'avait été tenté. Ce n'est qu'il y a quelques semaines qu'une centaine d'hommes appartenant non pas seulement à la profession médicale, mais aux mondes scientifique, littéraire, administratif, indépendant, libéral, etc., ont constitué une œuvre qui, sous le nom de *Société de prophylaxie sanitaire et morale* est une véritable *Ligue contre la syphilis.*

Quelle est la raison d'être de cette ligue, quel est l'objectif qu'elle a en vue, quel est son programme d'études et quelles réalisations pratiques peut-on espérer ? Voilà les questions que, prenant pour guide le Professeur A. Fournier, nous allons brièvement exposer (1).

I. Nécessité d'une ligue contre la syphilis. — Trois motifs majeurs expliquent la nécessité d'une action vigoureuse contre l'infection syphilitique, ce sont : sa fréquence, les dangers qu'elle fait courir non-seulement à l'individu mais à la race, enfin l'impuissance des moyens prophylactiques employés jusqu'ici.

1° *Fréquence.* — Il semble que la syphilis devienne de plus en plus répandue dans toutes les classes de la société, bien qu'on ne puisse donner une statistique probante, les points de repère faisant défaut. Ce qui est indéniable, c'est la fréquence de l'infection syphilitique. Le Dr Le Noir qui a étudié cette question dans la clientèle des hôpitaux non spéciaux pendant neuf ans, est arrivé à cette constatation que « dans la population masculine adulte de Paris, la proportion des syphilitiques avérés ne serait pas inférieure à 13 pour 100 et vraisemblablement atteindrait 15 à 16 pour 100 ». Cette proportion donnerait pour Paris (hommes adultes) 125.000 syphilitiques. Le Pr Fournier est arrivé à des résultats à peu près analogues (13 à 18 pour cent).

2° Gravité de la syphilis. — « Six mois de traitement mercuriel, suivis de trois mois de cure iodurée, voilà de quoi guérir la vérole, disait-on il y a quelque quarante ans ». Aujourd'hui, le traitement qui au point de vue médicamenteux n'a pas changé, ne se compte plus par mois, mais par années, à cette infection chronique on doit opposer un traitement chronique. Certes, la vérole d'aujourd'hui n'est pas plus grave que celle d'il y a cinquante ans, mais grâce aux recherches scientifiques, la gravité de cette infection qui frappe l'organisme dans toutes ses parties, qui frappe le cerveau et la moelle, l'œil et l'oreille, le larynx et le poumon, le cœur et les artères, le foie et le rein, l'estomac et l'intestin est aujourd'hui mieux connue, et son pronostic est allé se chargeant, se modifiant et s'assombrissant.

Si la syphilis est un danger pour l'individu, elle est aussi un danger pour la société. Le Pr Fournier, rappelle qu'on se récria dans le monde médical quand en 1880, il réclamait pour tout malade syphilitique un stage thérapeutique minimum de trois ans, avant

(1) *Sem. Méd.*, 1901, p. 169.

Digitized by Google

qu'il ait le droit de songer au mariage ; cette exigence semblait excessive ; or maintenant beaucoup de médecins trouvent que cette période est bien courte et il en est qui n'autorisent les malades au mariage qu'après cinq ou six ans de traitement. C'est que depuis cette époque, indépendamment de la possibilité de transmission de la syphilis à la femme, nous connaissons mieux le bilan épouvantable de l'hérédité syphilitique précoce ou tardive et que le pronostic de la maladie a été jugé de plus en plus sérieux.

Enfin, depuis quelques années, depuis que le Pr Fournier a étudié la parasyphilis, le pronostic de l'infection s'est encore assombri, puisque ces affections, le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie buccale, qui sont des conséquences de la syphilis sans être syphilitiques autrement que d'origine, sont par elles-mêmes très graves, sons très fréquentes et enfin ne sont pas influencées par la médication mercurielle et iodurée dont les résultats sont si merveilleux dans les affections syphilitiques vraies.

« La syphilis, telle qu'il nous faut l'envisager actuellement, dit le Pr Fournier, est très différente au point de vue pronostique du moins, de la syphilis telle que pouvaient la considérer nos pères et telle que nous la connaissions encore il y a vingt ans. On pourrait dire sans exagération que la syphilis pour nous aujourd'hui est dix fois plus grave qu'elle ne l'était pour nos prédécesseurs.

3° Insuffisance des moyens prophylactiques actuels. — En 1887, l'Académie de médecine nomma une commission chargée de rechercher les moyens à employer pour faire diminuer la fréquence des maladies vénériennes. Après plusieurs mois de discussion, l'Académie vota à l'unanimité un ensemble de résolutions, touchant la prophylaxie de la syphilis. Ce projet fut envoyé au Ministre d'alors et l'on n'en entendit plus parler. La Conférence de Bruxelles estimant qu'une connaissance approfondie de la vénéréologie constitue un des moyens les plus sérieux de combattre efficacement la propagation des maladies vénériennes « demanda la création d'un enseignement de la vénéréologie dans toutes les facultés, un stage obligatoire des examens spéciaux. Bien entendu ce vœu ne reçut aucune sanction. Enfin de multiples Commissions municipales ont élaboré de multiples projets sur ce même point et avec un résultat aussi négatif.

II. But de la Ligue contre la Syphilis. — « Qu'il s'agisse de tuberculose, d'alcoolisme ou de syphilis, on se heurte à la même inertie des pouvoirs publics, qui ne se réveilleront de leur sommeil que le jour où la grande voix de l'opinion publique, enfin émue, réclame et exige une prophylaxie publique sagement organisée. Le but de la *Société de prophylaxie sanitaire et morale* est précisément de créer une agitation sur ces matières d'ordre spécial en constituant pour elles un foyer d'études et un centre de propagande » de la manière suivante :

1° En réunissant un grand nombre non seulement de médecins, mais d'hygiénistes, de jurisconsultes, d'administrateurs, de sociologues, de philosophes, de penseurs, de tous hommes qu'inspire l'esprit de progrès, de justice et de charité, de façon à pouvoir profiter *de toutes les compétences* pour examiner sous toutes leurs faces les graves et complexes questions qu'elle se propose de mettre à l'étude ;

2° De présenter ainsi au public, pour ces diverses questions, des solutions bien étudiées, approfondies, mûries et surtout d'application pratique ;

3° De conquérir une puissance morale par laquelle elle puisse agir, voire au besoin faire pression sur les pouvoirs publics et les administrations ;

4° D'initier le public à ce qu'il a besoin de savoir relativement aux dangers de la syphilis et relativement aux modes multiples, divers et la plupart ignorés de dissémination de la maladie ;

5° Enfin, pour l'avenir, si les ressources pécuniaires qu'elle pourra réunir par voie de cotisations, de dons ou de legs, le lui permettent, de sortir de la phase théorique pour entrer dans la voie des réalisations pratiques ; — c'est-à-dire de payer d'exemple par *quelques fondations modèles*, telles que : création de dispensaires médicaux en harmonie avec les données de la prophylaxie ou bien d'asiles, d'œuvres de protection pour les jeunes filles, d'écoles professionnelles, etc. En résumé, de faire *en petit* ce qu'il conviendrait de faire en grand pour combattre efficacement et la syphilis et la grande pourvoyeuse de la syphilis, savoir la prostitution.

III. Moyens d'action de la société. — Les moyens à employer sont de trois ordres :

1° *Moyens d'ordre moral et religieux.* — Ceux-là, le Pr Fournier tout en admettant leur haute valeur, les considère comme un peu théoriques au siècle où nous vivons ; cependant, il ne faut pas les délaisser. Il est certain que le relèvement du niveau moral, que ce soit par la religion ou par l'éducation, pourra être un précieux appoint dans la lutte contre la syphilis, mais il ne saurait être suffisant et devra être complété par des moyens d'ordre moins élevé, mais d'une efficacité moins aléatoire.

2° *Moyens d'ordre administratif.* — Le moyen de prophylaxie administrative est la réglementation de la prostitution qui s'impose au nom de l'intérêt commun.

Les adversaires de la réglementation prétendent qu'elle ne fournit qu'une protection trompeuse et

Digitized by Google

illusoire. La statistique des filles insoumises se livrant à la prostitution clandestine atteintes de maladies vénériennes est de 25 à 48 pour 100; en 1897, les insoumises arrêtées et malades ont été, d'après Le Pileur, de 873. On a objecté que la réglementation constituait un abus de pouvoir, une violation de la liberté individuelle. Toutes les mesures prises dans un intérêt commun entravent toujours la liberté individuelle de quelqu'un et tous les réglements de police sont toujours ainsi envisagés; des abus de pouvoir et cependant on admet bien que l'on défende de secouer les tapis par les fenêtres passé une certaine heure, que l'autorité compétente réglemente la vitesse des automobiles, ou le port de la muselière. Toutes ces mesures de protection contre des accidents possibles sont admises, elles entravent cependant la liberté individuelle. Enfin, disent les anti-réglementaristes : « A quoi bon une réglementation au profit de gens qui auraient un bien meilleur moyen de se protéger eux-mêmes en ne s'exposant pas? » Cet argument aurait certes une valeur absolue si la syphilis ne frappait que ceux qui s'y sont exposés, mais il n'en est pas ainsi et toute une catégorie de personnes peuvent contracter la syphilis bien innocemment. Telle est la femme contaminée par son mari, les enfants contaminés par leur père. Le Pr Brouardel rapporte l'histoire suivante d'une famille composée du père, de la mère, du grand-père, de la grand'mère, d'un enfant et d'une bonne, dont tous les membres prirent la syphilis. « Tout le monde accusait les jeunes, et le mari et la femme s'accusaient réciproquement d'avoir fait entrer la syphilis dans le ménage. Il n'en était rien cependant. Le coupable était le grand-père qui, venu à Paris pour affaires, avait contracté la syphilis et avait consécutivement contaminé sa femme. Celle-ci avait contaminé l'enfant auquel elle faisait prendre ses repas. L'enfant avait transmis la syphilis à son père et à sa mère, soit directement, soit que l'un primitivement atteint eût ensuite infecté son conjoint. Enfin la servante présenta un chancre de l'avant-bras dû au contact des plaques muqueuses que portait le nourrisson. » (1)

Voici un exemple de transmission familiale où, pour un qui s'etait exposé, cinq personnes qui ne s'étaient nullement exposées à la contamination furent infectées. Il est hors de doute que la société n'a pas le droit de se désintéresser de ces victimes innocentes du fléau.

J'ajouterai même, dit le Pr Fournier, et ceci, croyez-le, n'a rien d'exagéré : la société n'a pas le droit de se désintéresser de l'intérêt général, de l'intérêt de la *nation*. Ai-je besoin, en effet, de rappeler que la syphilis tue les enfants par hécatombes (48 0/0 dans la clientèle de ville, 84 et 86 0/0 à Saint-Louis et à Lourcine)? Eh bien, est-ce que cela ne constitue pas une perte sèche pour la population? Est-ce que la moitié ou le tiers des enfants qu'aura tués la syphilis cette année, je suppose, n'auraient pas été des *conscrits* dans vingt ans? Nous n'avons pas le droit, me semble-t-il, de faire bon marché de tant de vies humaines, de faire bon marché des intérêts de la patrie, alors surtout que notre population décroît, tandis que celle des nations voisines augmente.

Conclusion : la réglementation est donc nécessaire et s'impose au nom de l'intérêt commun.

Autre point, la syphilis et sa gravité est trop peu connue; combien n'est-il pas de jeunes gens qui ignorent le danger qu'ils courent au moment où ils se lancent dans l'inconnu. Le Pr Fournier est d'avis que dans les collèges, les lycées, où tant de jeunes gens sont internés loin de leur famille, quelques avertissements fussent donnés aux élèves des classes supérieures, relativement aux dangers des affections vénériennes. Pourquoi, par exemple, des conseils de ce genre ne trouveraient-ils pas place dans un cours d'hygiène où, sous prétexte de parler de toutes choses d'hygiène dont la connaissance ne pourrait d'ailleurs qu'être utile, le professeur introduirait subrepticement un chapitre relatif au sujet spécial en question, chapitre qui, à coup sûr, serait curieusement écouté et qui ne manquerait guère de profiter pour le moins à quelques-uns?

En tout cas ils seraient avertis du danger de l'infection, de la gravité du mal et surtout de sa contagion, et alors ne verrions nous plus d'aussi tristes exemples que ceux rapportés par le Pr Fournier de jeunes gens ignorants de la contagion de la syphilis par les plaques muqueuses buccales ayant contagionné leur mère par de tels accidents.

La réglementation pour être efficace devra devenir légale et humanitaire. *Légale* par la substitution de la loi à l'arbitraire, du droit commun au pouvoir discrétionnaire de l'administration. *Humanitaire* de par la substitution de l'hôpital à la prison pour les filles malades dont l'internement est exigé pour la sauvegarde de la santé publique.

Là ne s'arrête pas l'objectif de la Société et il est d'autres réformes qu'elle réclamera des pouvoirs publics : tout d'abord, la fermeture des brasserie à inviteuses qui sèment à la fois dans le public la syphilis et l'alcoolisme; d'autre part, elle émettra le vœu déjà voté par le Congrès de Bruxelles sous l'initiative du Pr Fournier « que les gouvernements usent de tous leurs pouvoirs en vue de supprimer d'une façon absolue la prostitution des filles mineures.

Nul doute, également, ajoute le Pr Fournier,

(1) Brouardel, l'*Exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1898.

Digitized by Google

qu'une aspiration de notre ligue ne soit d'attaquer la prostitution par des œuvres de charité, œuvres de prévention ou de relèvement. Or, bien à regret je constate que nous nous sommes laissé devancer sur ce point par quelques nations voisines. Non pas que nous n'ayons déjà dans notre pays quelques-unes des œuvres en question, dues surtout à de nobles femmes auxquelles j'adresse ici l'hommage de ma très respectueuse admiration. Mais, d'après ce que m'ont appris mes lectures, il en existe bien d'avantage à l'étranger, et de divers ordres, fonctionnant, par exemple, sous les noms d'écoles professionnelles pour les femmes, d'agences de placement pour jeunes filles, d'agences de placement dans les familles, d'Union internationale des amis de la jeune fille, de « homes » pour institutrices et domestiques sans place, de sociétés de sauvetage, d'Œuvre des arrivantes à la gare, d'Œuvre de minuit, de refuges, d'asiles de nuit, d'œuvres des libérées, des filles repenties, etc., etc.

Le pasteur Pierson m'a dit avoir à lui seul sous sa tutelle, en Hollande, six établissements de sauvetage pour les prostituées, les filles-mères et leurs enfants, les jeunes filles, les filles moralement abandonnées, etc.

Il n'est que temps pour nous de reprendre notre place dans ce record de charité.

3° *Moyens d'action d'ordre médical.* — Traiter la syphilis n'est pas seulement traiter la maladie elle-même, mais aussi tarir les sources de contagion syphilitique. Pour guérir l'accident syphilitique une cure de quelques semaines ou quelques mois suffit ; les hôpitaux peuvent remplir ce but, mais ne seront plus suffisants s'il s'agit de soigner non plus l'accident, mais la maladie elle même dont le traitement durera plusieurs années.

Pour ce traitement chronique il ne s'agit pas d'hospitalisation mais seulement de consultations externes ; il en existe dans chaque hôpital, mais le fonctionnement est tellement défectueux que les malades n'y vont qu'à regret :

1° Parce que les consultations sont encombrées à l'excès :

2° Parce que si elles sont gratuites pécuniairement parlant, le malade les paye chèrement par les heures d'attente.

3° Parce qu'elles sont inconvenantes, vexatoires et odieuses avec le déshabillage en commun, l'interrogatoire en public, le traitement dicté à haute voix, et surtout par la confession publique de la syphilis.

Ce qu'il faudrait, le Pr Fournier nous l'indique :

Il faudrait que le traitement des affections vénériennes eût pour organes des *dispensaires spéciaux* rattachés à nos hôpitaux ; — dispensairesm ultiples, méthodiquement répartis dans les divers quartiers de la capitale, en vue d'éviter aux malades de longs déplacements et des pertes de temps considérables ; — dispensaires fonctionnant *à jours et à heures propices aux malades*, voire peut-être le *soir*, si une expérience tentée en ce sens était bien accueillie du public parisien ; — fonctionnant avec *distribution gratuite de médicaments*, utilisant le système expéditif et indispensable des *fiches individuelles* (ce qui, pour la syphilis, par exemple, permettrait au médecin d'avoir sous les yeux et sans interrogatoire nouveau, tout le passé pathologique et thérapeutique du malade) ; — dispensaires délivrant à tout malade, au verso de chaque ordonnance, une *instruction* élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la syphilis et de la blennorrhagie, non pas seulement pour lui-même, mais par rapport à autrui.

Et surtout, par dessus tout, il faudrait qu'en tête de cet ensemble de réformes prît place celle qui s'impose au nom de l'humanité, celle que pour des raisons multiples et diverses je considère comme la plus importante et la plus urgente entre toutes, à savoir la substitution à la consultation publiques par fournées, à promiscuité écœurante, de la *consultation individuelle, privée, secrète.*

Pour moi, l'idéal serait qu'*une consultation hospitalière pour la syphilis se rapprochât le plus possible de ce qu'est en ville une consultation de même ordre.* Or, cet idéal n'est pas irréalisable (j'en parle par expérience, pour avoir essayé ce système à ma policlinique des femmes, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis).

Je voudrais en somme que l'ouvrier, le petit employé, le prolétaire, venant réclamer gratuitement à l'hôpital un avis médical pour la syphilis, y fût reçu, interrogé et examiné de la même façon que l'est en ville, dans nos cabinets de consultation, le bourgeois aisé qui s'y présente avec le porte-monnaie bien garni.

Je réclame donc énergiquement pour le consultant d'hôpital le privilège jusqu'alors dévolu seulement au client de ville, à savoir le *tête-à-tête* avec le médecin.

La syphilis est un danger social contre lequel nous luttons actuellement avec des armes défectueuses, mais nous sommes en droit d'espérer que grâce à l'initiative d'hommes éminents dont le Pr Fournier nous a indiqué les généreuses aspirations, nous allons bientôt entrer dans une ère nouvelle.

Comme toute idée nouvelle, la ligue rencontrera quelques oppositions, il y aura lutte, mais nous pouvons être dès à présent assurés que la bonne cause triomphera. Car en dépit de tous les obstacles, ainsi que le dit en terminant le Pr Fournier, nous persévérerons, certains que nous sommes dans une bonne voie, et d'autres d'ailleurs persévéreront après nous

Digitized by Google

fidèles en cela à cette belle pensée de Pasteur qui était non seulement un grand génie, mais aussi un grand cœur : En fait de bien à répandre, le *devoir* ne cesse que là où manque le *pouvoir* de faire plus et mieux. — P. R.

PRATIQUE MÉDICALE

Conduite à tenir en cas de morsure par un chien enragé

Quoique la cautérisation ne donne presque jamais une entière garantie, il faut la pratiquer le plus rapidement possible après la morsure. La cautérisation au fer rouge, profonde, constitue le meilleur mode d'intervention. Ce n'est pas cependant une mesure de sécurité, les expériences ayant appris que le virus rabique peut se propager avec une très grande rapidité ; et d'autre part, les statistiques montrent des individus cautérisés quelques minutes après la morsure, et, malgré cela, succombant à la rage. Une partie du virus rabique peut avoir été absorbée par les vaisseaux alors que la cautérisation n'aura détruit que le reste du virus resté dans la morsure. D'ailleurs, d'après le Dr A. Marie (*La Rage. Encyclop. des Aide-Mémoire)*, si l'on excepte la destruction de la plaie au fer rouge, les agents chimiques peuvent aussi ne pas pénétrer dans toutes les anfractuosités d'une morsure étendue. Du reste, les antiseptiques nécessitent un temps de contact assez considérable pour que le virus rabique soit modifié ; de telle sorte que le simple lavage de la plaie ou même le pansement humide ne laissent qu'une sécurité illusoire, mais ne doivent cependant pas être négligés si l'on n'a pu faire la cautérisation immédiate. Il résulte des recherches de Veylon *(Th. Montpellier 1901)* que beaucoup d'agents sont capables de détruire le virus rabique, mais qu'il faut un temps assez long. Pour faire disparaître la virulence d'une émulsion de virus fixe, il faut une heure de contact avec des solutions de sublimé à 1 pour 2000, ou d'acide phénique à 5 pour 100, ou de phénosalyl à 4 pour 300, ou bien encore les essences de thym, de cannelle, d'eucalyptus en solution alcoolique, dans la proportion de XX à XXX gouttes d'essence pour 30 grammes d'alcool à 48°.

La conclusion qui se dégage de ces faits est la suivante : Si on peut le faire immédiatement pratiquer de la cautérisation ignée et recouvrir d'un pansement humide antiseptique avec une des solutions ci-dessus indiquées, puis diriger de suite le malade sur un institut antirabique. Plus la vaccination est précoce, plus sont nombreuses les chances de succès, on n'a une mortalité seulement de 0,56 0/0 quand les inoculations sont commencées dès la première semaine, de 1,66 0/0 dans la seconde, de 3,19 0/0 dans la troisième.

Si le médecin en a la possibilité, il devra, en même temps qu'il adresse son malade à un institut antirabique, envoyer le bulbe du chien enragé dans de la glycérine.

Les inoculations antirabiques sont inoffensives, il convient cependant de savoir qu'elles peuvent déterminer quelques troubles nerveux sans gravité, chez les hystériques, les névropathes. Quelques malades présentent des douleurs au siège de la morsure, des troubles dysphagiques, puis tout cela disparaît. On a observé de la faiblesse des extrémités, de la rétention d'urine, des contractures douloureuses à la nuque. Malgré ces troubles, le traitement doit être continué, et Roux admet qu'il peut encore être efficace même entrepris pendant la période latente et prémonitoire des accidents aigus.

Lorsque la rage est déclarée, que faut-il faire ? La vaccination, ici, même en injections intraveineuses, est inefficace (Zagari, Blasi, Russo-Travali, Novi, etc.) Peut-être pourrait-on se servir d'émulsions chauffées (Puscarin). Le plus souvent on n'aura qu'à rechercher l'atténuation des phénomènes douloureux. Pour cela, on couchera le malade dans une chambre chauffée ; on empêchera le bruit et la lumière de l'impressionner et on aura recours aux calmants. — S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Emploi du goménol contre la coqueluche. — Déjà employé contre la bronchite chronique et la tuberculose pulmonaire des enfants, avec succès, ce médicament vient d'être expérimenté dans la coqueluche par MM. Leroux et Pasteau (*Bull. méd. 1900)*. C'est, comme on sait, l'essence retirée du mélaleuca viridiflora, dont la composition chimique se rapproche de celle du terpinol. On emploie cette essence dans de l'huile, en formulant de l'huile gomenolée au cinquième, et l'on injecte profondément dans la région fessière aux doses quotidiennes de 5 à 10 centimètres cubes. L'injection n'est pas douloureuse et la résorption se fait bien. Le traitement doit être prolongé pendant quatre à cinq jours au moins après la disparition totale des quintes vraies, car l'observation a démontré que la suspension prématurée du traitement ramène les quintes. On commencera par les doses minima pour tâter la susceptibilité du malade et on arrivera progressivement aux doses maxima. Sous l'influence de ce traitement, MM. Leroux et Pasteau ont observé une diminution progressive du nombre des quintes aussi bien à la période d'état qu'à celle de début. Leur intensité et leur durée subissent ordinairement la même atténuation, mais d'une façon moins constante et moins uniforme, de même d'ailleurs que les vomissements. La bronchite secondaire et la toux qui l'accompagne persistent ordinairement pendant dix à quinze jours après la cessation des quintes. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

OTOLOGIE

Des lésions de l'oreille produites par l'air comprimé. — Il est une catégorie d'ouvriers qui sont, plus que les autres, exposés aux lésions auriculaires par accident de travail, ce sont ceux qui travaillent dans les caissons pneumatiques.

On sait que pour pratiquer des fondations dans l'eau on enfonce verticalement un tube métallique de grand diamètre ouvert par en bas et fermé à sa partie supérieure. Si, sous une pareille cloche on comprime de l'air, on refoule l'eau qu'il contient et on empêche l'eau de l'envahir à nouveau en maintenant l'air sous une pression plus ou moins considérable.

Les ouvriers qui travaillent dans cette immmense cloche sont donc soumis, pendant plusieurs heures, à une pression aérienne qui peut aller d'une fraction d'atmosphère jusqu'à trois atmosphères suivant la profondeur à laquelle ils travaillent. Le passage de l'air extérieur à l'air comprimé ne se fait pas brusquement mais par graduations en séjournant pendant quelques minutes dans une chambre intermédiaire, *le sas*. Ce n'est guère à ce moment que les accidents sont à redouter, car l'équilibre entre la pression extérieure et les liquides intérieurs s'établit graduellement et quelques mouvements de déglutition ou de valsalva ne tardent pas, en général, à rétablir la même pression en dehors et en dedans de la caisse tympanique.

On ne paye qu'en sortant, ont dit spirituellement Pol et Vatelle ; c'est en effet à la sortie du tube, immédiatement ou plusieurs heures après que les accidents peuvent apparaître.

Outre les lésions auriculaires, on peut observer des paralysies passagères ou persistantes, ou même la mort subite.

La pathogénie de ces accidents a été mise en lumière par P. Bert, en 1875, dans son remarquable travail sur la pression barométrique.

Pendant la compression, le sang dissout une quantité d'air qui est proportionnelle à la pression ; à la période de décompression l'azote, dissous en excès, se dégage et forme des bulles qui remplissent les vaisseaux et constituent autant de petits corps étrangers.

C'est ce qui explique que dans les expériences de laboratoire, quand on ouvre le cœur de l'animal, on voit les bulles de gaz s'échapper sous forme d'une mousse sanguinolente très abondante.

La sortie du tube doit donc se faire avec beaucoup de précaution, et la durée de la décompression graduelle doit être proportionnée à la pression sous la quelle les ouvriers ont travaillé, soit environ dix minutes pour chaque dixième d'atmosphère.

La gravité des accidents qui peuvent survenir ont fait l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels nous ne ferons que signaler les thèses de Buquoy (1861), Foley (1863), Gal (1872), Rozet (1880), Chabaud (1883); enfin celle de M. Carillon (1900) qui a consacré son travail aux troubles de l'oreille dans l'air comprimé.

Du côté de l'oreille moyenne on peut observer : la congestion et l'enfoncement du tympan qui ne sont point des accidents à proprement parler, mais plutôt des symptômes d'excitation et de pression dans le conduit auditif. A un degré plus avancé, si la pression en dehors et en dedans du tympan ne s'équilibre pas, il peut survenir des symptômes de compression labyrinthique, bourdonnements, vertiges, surdité ou même rupture du tympan. La déchirure du tympan peut s'observer dans les cas où l'air est brusquement refoulé dans le conduit auditif, comme dans un soufflet appliqué sur l'oreille et où la paume de la main porte, par hasard, sur le tragus ; nous avons eu à soigner plusieurs cas de ce genre, dont la pathogénie est semblable à celle des cas de déchirure du tympan survenus dans les cloches pneumatiques.

Les accidents du côté de l'oreille interne peuvent être bénins ou très graves. Ainsi, les bourdonnements, la sensation vertigineuse légère que l'on éprouve quand on pénètre dans la chambre préparatoire où la pression augmente peu à peu, sont l'indice d'un enfoncement anormal de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale, mais ils disparaissent aussitôt que la pression intra-tympanique égale la pression extérieure.

La commotion labyrinthique peut apparaître quand l'augmentation de pression est trop brusque comme dans le cas du soufflet appliqué sur l'oreille.

Les accidents graves apparaissent surtout à la sortie de l'appareil ; ils ont été bien étudiés récemment par une commission médicale des médecins de Bordeaux (1895) et par Alt (1897),

C'est de une demi-heure à plusieurs heures après la sortie que surviennent tous les signes de la maladie de Menière : vertige intense, vomissements, surdité plus ou moins complète et parfois définitive. Il se produit dans le labyrinthe une congestion très intense, ou une transsudation séreuse et parfois une hémorrhagie qui rend la surdité définitive.

La pathogénie de ces accidents s'explique par les expériences de P. Bert : mise en liberté de bulles

Digitized by Google

d'azote dans les vaisseaux, obstruction et dilatation des fins vaisseaux, et enfin rupture possible pour peu que l'organe ou les vaisseaux soient en état de moindre résistance par une maladie antérieure,

Ce qui se passe du côté de l'oreille interne peut aussi se produire du côté des centres nerveux, d'où apparition de troubles sensitifs ou moteurs, de troubles de la respiration plus ou moins graves.

On peut parer à ces divers accidents en allongeant la période de décompression, de manière à laisser aux bulles d'azote le temps de s'éliminer par les poumons et à la pression artérielle le temps de se mettre en équilibre avec la pression atmosphérique.

Quant aux troubles auriculaires qui surviennent à l'entrée dans le *sas* on pourrait, à notre avis, les empêcher plus efficacement en pratiquant une insufflation d'air avec la poire de Politzer qu'en faisant l'épreuve de Valsalva qui se montre le plus souvent insuffisante quand les parois de la trompe d'Eustache sont très congestionnées; on pourrait encore opérer de fréquents mouvements de déglutition en avalant, de temps en temps, une gorgée de liquide pendant toute la durée de la compression dans la chambre pneumatique, car, à l'état normal, l'aération intermittente de la caisse se produit grâce aux mouvements de déglutition qui ouvrent la trompe d'Eustache. — A. Courtade, *ancien assistant d'oto-laryngologie.*

CLINIQUE MÉDICALE

Angines ulcéro-membraneuses. — Il y a quelque temps, dans ce journal (*Journal des Praticiens*, 19 mai 1900), nous avons, avec notre ami, le Dr Bonnus, publié une étude des angines ulcéro-membraneuses, autrement dites, *angines de Vincent.* Depuis lors, un certain nombre de mémoires ont vu le jour et nous-même avons pu recueillir quelques nouvelles observations; aussi, nous croyons le moment opportun, non pas de compléter notre étude, car nos recherches personnelles ont besoin d'être encore plus approfondies, mais de résumer en une vue d'ensemble les divers travaux parus, afin de mettre à jour la question, nous réservant de la reprendre plus tard, en exposant nos idées personnelles.

Des recherches de Stœklin (*Arch. med. exp.*, mai 1900) il résulte la confirmation de ce fait que les fusiformes et les spirilles sont les hôtes habituels de la bouche et peuvent se trouver en excès à un moment donné. Les B. fusiformes semblent incapables de vivre isolément, ils ont besoin d'une *symbiose microbienne*; pour que leur rôle pathogène se manifeste, il faut que les tissus aient été préalablement *labourés* par d'autres micro-organismes pathogènes, le processus ulcéro-gangréneux doit être amorcé, et c est alors que les fusiformes ulcèrent et putréfient. La présence des fusiformes serait la plupart du temps secondaire, mais pourrait être primitive. Le processus ulcéreux est un aboutissant d'états pathologiques divers dus au streptocoque, au B. de Lœfler, exceptionnellemment à la syphilis.

D'après M. Letulle (*Presse méd.*, 29 déc. 1900), les spirilles décrits par M. Vincent ne sont pas des spirilles, ce sont des *spirochaetes* mobiles. Ils se meuvent en se tendant et se détendant comme un ressort à boudin. Les fusiformes de Vincent, également mobiles, doivent être considérés comme des *spirilles.* La fragilité de ces micro-organismes est grande et c'est à peine si on peut les conserver vivants pendant 20 à 30 minutes dans le milieu salivaire qui leur est propice. Ces microbes prédominent dans l'angine de Vincent, mais M. Letulle a pu les observer sur des syphilides ulcéreuses, dans des gengivites de toutes sortes, sur des ulcérations tuberculeuses. Toutes les fois qu'une ulcération tenace existait, grisâtre, pulpeuse, putrilagineuse ou membraniforme, Letulle a toujours rencontré de nombreux spirochaetes associés à des spirilles fusiformes. Il en conclut qu'il est malaisé d'accorder une valeur étiologique au spirille fusiforme dans le développement de l'angine diphtéroïde. Les types cliniques décrits par Vincent existent indubitablement, mais il semble prudent de n'en pas conclure jusque maintenant à la spécificité pathogénique. La forme ulcéreuse de l'angine s'observe assez fréquemment chez les enfants d'après Athanassiu (*Th. Paris* 1900).

MM. Carnot et Fournier (*Soc. biologie*, 9 février 1901) ont pu cultiver sur du liquide d'ascite les fusiformes et les spirilles, mais ils n'ont pu les isoler complètement. Les fusiformes ont une vitalité bien plus grande que les spirilles, car on peut en faire plusieurs réensemencements. Les caractères de mobilité signalés par Letulle ont été retrouvés. L'angine observée par ces auteurs avait débuté quelques jours après une petite suppuration gengivale liée à une carie dentaire.

M. Tarassewitch (*Arch. russes de path.*, vol. VIII) a retrouvé les fusiformes et les spirilles dans un cas d'angine folliculaire et conclut que ces micro-organismes peuvent donner lieu à diverses formes cliniques d'angine.

M. Vincent (*Soc. biol.*, 23 mars 1901) a observé que le B. fusiforme se développe mal sur les milieux solides, mais qu'il pousse assez bien sur les milieux organiques liquides, liquide céphalorachidien, liquide de pleurésie. Les cultures dégagent au bout d'un ou deux jours une odeur caséeuse fétide très particulière. Ces fusiformes sont pathogènes expérimentalement, mais M. Vincent les a toujours trouvés

Digitized by Google

immobiles. Ce même auteur (*Presse méd.*, 1er juin 1901) a constaté avec différents auteurs qu'on pouvait rencontrer le B. fusiforme sur différentes ulcérations syphilitiques de la bouche, aussi on comprend la difficulté qu'on puisse avoir parfois en clinique d'établir un diagnostic précis.

MM. Niclot et Marotte (*Rev. méd.*, avril 1901) sont arrivés à cultiver les fusiformes et les spirilles et ils ont remarqué que ces micro-organismes ne se montraient que du 3e au 5r jour, et les tubes qui, jusque-là, ne présentaient aucune odeur spéciale, exhalaient à partir de ce moment, l'odeur si caractéristique des affections ulcéro-membraneuses. Les milieux qui ont paru le plus favorable sont un mélange de bouillon et de sérum humain ou dans un milieu formé de ce mélange et additionné de sérum de Marmorek. L'isolement a été impossible, toujours il existait des microbes associés. Mais, fait important, ils ont pu conserver leur vitalité pendant plusieurs passages sur milieux. Sur 31 inoculations aux animaux, 21 ont donné des résultats positifs. Les résultats ordinaires étaient la production d'abcès avec pus d'odeur infecte, mais toujours il y avait association d'autres micro-organismes. MM. Niclot et Marotte, contrairement à M. Letulle, admettent que les bacilles en question sont immobiles. — M. Deguy.

OBSTÉTRIQUE

Les psychopathies puerpérales. — On appelle ainsi un état morbide à prédominance cérébrale, léger ou grave, survenant pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches ou la lactation. D'après le Dr Bretonville (*Th. Paris 1901*) cette complication représenterait un dixième des cas de psychoses observées dans les asiles. Nulle pendant la grossesse, faible pendant l'accouchement, elle est plus fréquente pendant la lactation et pendant les suites de couches.

De nombreuses causes ont été invoquées, mais les deux plus importantes sont l'éclampsie et l'infection puerpérale, la principale cause étant constituée par les antécédents personnels ou ataviques de la malade qui la prédisposent par-dessus tout aux psychopathies.

On peut distinguer deux types cliniques : un type léger caractérisé par de l'agitation ou de la dépression nerveuse, un type grave caractérisé tantôt par de la manie, tantôt de la mélancolie, tantôt de la confusion mentale hallucinatoire.

Pendant la grossesse, la mélancolie se montre plus fréquente que la manie et à peu près aussi fréquente que cette dernière pendant la lactation. La confusion mentale hallucinatoire s'observe le plus souvent pendant le post-partum.

Le pronostic des psychopathies puerpérales est grave puisqu'une bonne moitié de femmes qui en sont atteintes restent incurables ou meurent ; mais plusieurs facteurs influent sur le pronostic.

La manie guérit plus souvent que la mélancolie.

Le maximum de guérisons s'observe pendant la lactation, et le minimum pendant la première moitié de la grossesse, la seconde moitié donnant davantage de guérisons.

Les accès antérieurs ayant guéri, influent favorablement sur le pronostic.

Enfin les causes ont une grande importance ; dans les psychopathies liées à l'éclampsie ou à l'infection, le pronostic est aggravé autant et plus du fait de l'atteinte portée à l'état général par les états morbides concomitants que du fait de la psychopathie elle-même.

Comme traitement, isolement des malades, et lorsqu'il y a éclampsie ou infection, traitement prophylactique et curatif de ces affections. Enfin il sera parfois prudent de déconseiller l'allaitement et si la psychopathie apparaît pendant la lactation de séparer la mère de son enfant. — J. H. M.

MÉDECINE INFANTILE

Localisation des symptômes de la chorée de Sydenham. — La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que dans la chorée de Sydenham les mouvements choréiques débutent par un membre avant de s'étendre à tous les autres et à la face ; lorsque la chorée est généralisée, elle prédomine habituellement sur un côté du corps.

M. Oddo a cherché, en s'appuyant sur de nombreuses observations, à préciser la localisation des symptômes choréiques, au début et à la période d'état de la maladie. (*Revue de médecine, 10 février 1901*).

La généralisation d'emblée est rare, et appartient surtout aux formes graves. Le plus souvent, le début est hémilatéral, les mouvements commencent par le membre supérieur et se propagent rapidement au membre inférieur ; dans la suite ils resteront plus marqués de ce même côté. Il est rare que la chorée débute par la face ou par les muscles symétriques.

A la période d'état, on observe trois modalités différentes ;

1° L'*hémichorée* n'est pas le type le plus fréquent. Les mouvements ne se produisent que d'un côté de la face et du même côté que les mouvements des membres ; l'unilatéralité peut s'observer même au

Digitized by Google

niveau de la langue ; mais elle manque toujours pour les muscles des yeux, pour les muscles respiratoires, et d'une façon générale pour tous les muscles associés. L'hémichorée se maintient en général, durant toute la maladie, du même côté du corps.

2° La *généralisation avec prédominance hémilatérale* est le type habituel. La prédominance des mouvements est aussi fréquemment observée à droite qu'à gauche. Le plus souvent elle se maintient pendant toute la durée de la maladie et même pendant les rechutes successives du même côté du corps, côté par où les mouvements ont débuté. Quelquefois la prédominance alterne et les mouvements sont tantôt plus forts d'un côté, tantôt de l'autre ; cela se voit surtout dans les chorées prolongées à rechutes.

3° La *généralisation symétrique* se produit d'emblée ou secondairement. La chorée à début symétrique peut fort bien devenir ensuite hémilatérale. La généralisation secondaire est souvent passagère, comme si deux hémichorées se produisaient chez le même malade, et présentaient alternativement un maximum d'intensité ; quelquefois, surtout dans les formes graves, la répartition égale et symétrique des mouvements dans les deux moitiés du corps s'observe pendant toute la durée de la maladie.

L'*affaiblissement musculaire* est constant dans la chorée ; la chorée est toujours molle ; mais l'amyosthénie présente des degrés très divers et une répartition très variable.

1° L'amyosthénie peut être hémiplégique. Le membre supérieur pend inerte le long du corps, secoué de temps à autre de mouvements choréiques ; l'affaiblissement musculaire n'est pas toujours aussi marqué réellement qu'on le croirait à première vue.

Au membre inférieur l'hémiplégie se traduit par une démarche hélicopode qui rappelle la démarche de l'hémiplégie hystérique, et par des chutes qui se produisent toujours du côté le plus faible.

L'affaiblissement musculaire explique en partie le facies hébété des choréiques.

Tantôt l'hémichorée et l'hémiparésie marchent de pair ; tantôt l'hémiplégie est absolue, c'est la chorée molle des classiques ; tantôt enfin elles alternent. Chez les enfants hémiplégiés il faut toujours penser à la chorée, il faut l'affirmer si l'hémiplégie s'accompagne d'abolition des reflexes ou de reflexe paradoxal.

2° L'amyosthénie est toujours plus marquée du côté où les mouvements choréiques sont le plus accentués ; il y a un rapport entre la faiblesse musculaire et les mouvements, tel que quand la prédominance des mouvements choréiques passe d'un côté à l'autre il en est de même pour la faiblesse. Il est rare qu'on observe une dissociation de ces deux phénomènes.

3° L'amyosthénie est généralisée, quand la chorée est généralisée ; les membres sont flaccides et il y a un certain degré d'hypotomie musculaire sur lequel Londe a insisté.

4° Il est rare que l'amyosthénie prenne la forme paraplégique.

Les *troubles de la sensibilité* sont constants. Les uns, qu'on pourrait appeler *algies parachoréiques*, n'ont pas de localisation en rapport avec les mouvements choréiques.

Ce sont la céphalée, la migraine, la névralgie faciale, les douleurs épigastriques, etc.

Les autres, *algies juxtachoréiques*, sont : les douleurs des masses musculaires, spontanées ou provoquées par la pression, en rapport avec la fatigue musculaire ; elles peuvent siéger dans la langue même.

Des arthralgies, sans gonflement ni rougeur, peu intenses ; des crampes des mollets, des cuisses, des bras, des fourmillements, des engourdissements des extrémités ; des douleurs à la pression dans les racines rachidiennes.

Toutes ces douleurs sont généralement localisées ou plus intenses du côté où les mouvements choréiques offrent leur maximum.

Enfin, il est une série de troubles sensitifs (hémianesthésie, sensitivo-sensorielle, hémianalgésie, plaques d'anesthésie ou d'hypéresthésie, ovarie, etc.) qui relèvent de l'hystérie.

La relation entre les troubles moteurs et sensitifs a été interprétée de différentes manières : pour Triboulet père, les troubles moteurs étaient la conséquence des troubles sensitifs, la chorée était d'origine réflexe ; pour Oddo, les troubles sensitifs résultent de la fatique musculaire provoquée par les troubles moteurs.

Les *réflexes tendineux* sont dans un état très variable. Souvent on observe le *réflexe paradoxal*, c'est-à-dire la production de mouvements choréiques déterminée par la percussion du tendon ; il est paradoxal à la fois dans son intensité et dans sa direction, et varie d'un instant à l'autre ; ces mouvements choréiques provoqués sont indépendants du réflexe rotulien lui-même, peuvent se produire quand le réflexe est aboli et faire croire à sa persistance.

Outre ces mouvements choréiques associés, on observe aussi des modifications des réflexes tendineux chez les choréiques. Les réflexes ne sont normaux que dans les cas où les troubles auriculaires sont peu intenses ; ils restent rarement normaux pendant toute la durée de l'affection. Dans les formes moyennes, les réflexes ne sont normaux qu'au début et à

Digitized by Google

la fin. Les modifications des réflexes sont en rapport avec l'intensité des mouvements choréiques dans chaque moitié du corps.

La suppression bilatérale des réflexes est le cas le plus fréquent. L'exagération bilatérale est plus rare et ne doit pas être confondue avec le réflexe paradoxal.

La suppression ou l'exagération unilatérale des réflexes se voit dans les cas d'hémichorée ou de chorée à prédominance unilatérale. Les modifications successives des réflexes suivent généralement les déplacements correspondants des mouvements choréiques et de l'affaiblissement musculaire.

Des modifications bilatérales et asymétriques des réflexes peuvent se rencontrer; le plus souvent c'est la diminution d'un côté et la suppression de l'autre; exceptionnellement c'est la suppression d'un côté, l'exagération de l'autre.

En résumé, si le plus souvent il y a superposition des troubles réflexes et des troubles moteurs, on constate parfois une indépendance relative au point de vue de la localisation entre les troubles réflexes et les troubles moteurs; les troubles réflexes présentent bien plus que les troubles moteurs la tendance à la généralisation et à la symétrie. — E. L. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde présente un audiphone portatif pour l'éducation des sourds-muets.

M. M. de Fleury lit un mémoire intitulé : Quelques graphiques de la pression sanguine et de l'état des forces chez les neurasthéniques.

Le reste de la séance est consacré aux élections (voir n° 26, p. CVI). *(25 juin).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Des complications rénales de l'ictère acholurique simple. — MM. Gilbert et Lereboullet. Au même titre que les infections biliaires aiguës, les infections biliaires chroniques peuvent avoir leur répercussion sur le rein.

Ces symptômes rénaux de l'ictère acholurique simple se groupent sous trois ordres de faits ;

1° Des cas où l'on observe une albuminurie à type intermittent, ce sont les plus nombreux.

2° Des cas où l'on observe une albuminurie continue, parfois temporaire et curable, parfois définitive et pouvant entraîner la mort, prenant alors le premier plan dans le tableau clinique.

3° Des cas où, avec ou sans albuminurie habituelle surviennent des crises d'hémoglobinurie paroxystique.

Quel que fût le type observé au point de vue des symptômes urinaires chez les malades de MM. Gilbert et Lereboullet, tous présentaient le symptôme fondamental de l'ictère acholurique simple, à savoir la cholémie. Elle était tantôt légère et appréciable seulement à l'examen objectif et au spectroscope; tantôt marquée et donnant une réaction de Gmelin positive.

L'ictère était le plus souvent apparent, avec la pigmentation si spéciale de la face; dans d'autres cas, il faisait totalement défaut (cholémie anictérique). Enfin, ces malades étaient en général nettement acholuriques.

Traitement de l'entérite due à l'insuffisance de l'estomac par la gastérine. — M. Frémont, de Vichy, rapporte l'observation d'une femme de 55 ans, robuste, présentant depuis plusieurs mois des garderobes fréquentes, liquides, verdâtres, ne contenant ni mucus, ni aliment reconnaissable à la vue. La fréquence de ces selles avait déterminé une faiblesse notable, des crises d'étouffement, des palpitations, une teinte terreuse du visage, malgré la persistance de l'embonpoint.

La langue ne présentait pas de caractère particulier, l'estomac était grand, non dilaté, l'urine normale; absence complète de douleurs.

M. Frémont ordonna 3 cuillerées à soupe de gastérine à chacun des deux principaux repas dans de l'eau rougie. Très rapidement le chiffre des garderobes diminua; au bout de 15 jours, il n'en existait plus qu'une seule, moulée.

De temps en temps, la malade est forcée de reprendre de petites doses de gastérine, lorsqu'elle commet quelque écart de régime et que les selles ne sont plus formées.

Il s'agit dans ce cas d'une entérité par insuffisance de la sécrétion gastrique.

La douleur est exceptionnelle chez les hypo-sécréteurs; let nerfs sont insuffisants pour sentir, comme ils sont insuffisants pour commander à la musculature de l'estomac et à sa sécrétion.

Lorsque le pylore laisse passer les aliments dans l'intestin, celui ci masque l'insuffisance de l'estomac pendant quelque temps. Mais il vient un moment où l'intestin ne peut faire ce travail supplémentaire Les aliments mal digérés ne sustentent plus; parfois même ils irritent l'intestin pour déterminer de la diarrhée. Dans ces cas, la gastérine, véritable remède physiologique, rétablit rapidement les fonctions de l'estomac, en compensant son insuffisance.

M. Le Gendre a essayé la gastérine dans divers cas d'insuffisance digestive. Dans les dyspepsies chroniques avec hypopepsie ou apepsie, et dans les cas où, d'après les symptômes accusés par les malades, il y avait grande probabilité en faveur de l'insuffisance du suc gastrique, ce médicament lui a donné le plus souvent de bons résultats, à la dose de 4 à 6 cuillerées à soupe par jour. Il en a été de même dans les embarras gastriques prolongés où il y a à la fois anorexie, état saburral de la langue, foie augmenté de volume avec teinte subictérique, constipation ou diarrhée fétide avec ou sans fièvre. La langue s'est nettoyée plus vite

Digitized by Google

que par les moyens ordinaires, l'appétit s'est réveillé rapidement au lieu de languir plus ou moins longtemps.

Pneumothorax par bronchectasie. — M. Letulle. Un diabétique bien portant est pris tout à coup d'un pneumothorax droit, généralisé à toute la cavité pleurale. Les phénomènes fonctionnels sont si violents qu'au sixième jour de la maladie, on doit faire une ponction évacuatrice qui retire un litre de liquide, sans compter les gaz. La mort survient par syncope le neuvième jour de la maladie. L'autopsie montre, en même temps qu'une tuberculose récente, circonscrite à quelques lobules pulmonaires, l'existence d'une bronchectasie ancienne très-voisine de la surface pleurale, cause accidentelle du pneumothorax, et par conséquent de la mort rapide du malade.

Dans ce cas, le mécanisme de la rupture de la poche bronchectasique est des plus nets. Un petit îlot tuberculeux bacillaire, de la grosseur d'un grain de chenevis, greffé au fond même de la poche, a caséifié du même coup la plèvre adjacente et la couche du parenchyme pulmonaire qui la séparait de la cavité bronchectasique. La rupture de cette mince bande caséeuse a occasionné le pneumothorax.

Double phlegmon périnéphrétique. — M. Hirtz. Le phlegmon périnéphrétique, atteignant simultanément les deux reins, est une affection d'une très grande rareté. Dans le cas de M. Hirtz, il s'agit d'une femme de 42 ans, affaiblie par plusieurs fausses couches et un séjour aux colonies. En mai 1898, elle souffre d'une angine blanche, qui n'est guérie qu'au bout de 15 jours. Au commencement de juin, une fièvre intense et persistante se déclare, l'état général devient mauvais, on pense à une fièvre typhoïde. Vers le 15 juin, la région rénale droite devient douloureuse à la pression, et empâtée profondément. Puis les mêmes phénomènes inflammatoires se montrent du côté du rein gauche, tandis qu'ils s'atténuent à droite. La présence d'un phlegmon périnéphrétique se confirme à gauche ; il est ouvert et donne issue à un litre d'un pus verdâtre. Les phénomènes généraux ne diminuèrent pas et bientôt il fut évident qu'un second abcès s'était formé autour du rein droit. Nouvelle incision, d'où s'écoula une plus grande quantité de pus, chargé de streptocoques. A partir de ce moment, la malade marcha rapidement vers la guérison.

Il est vraisemblable que le même agent infectieux, qui détermina l'angine, se localisa plus tard dans le tissu cellulaire péri-rénal et en détermina la suppuration.

M. Launois présente une femme atteinte d'*adénolipomatose cervicale symétrique. (21 juin.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la réduction des fractures. — M. Tuffier. — Toute fracture diaphysaire avec déplacement doit être réduite complètement ; la continuité des deux fragments doit être suffisante. Pour cela, il faut réduire, non pas en regardant la peau, mais en regardant les os sous les rayons X. Si la réduction n'est pas constatée de visu parfaite ou suffisante, le foyer de fracture doit être de suite ouvert, la continuité de l'os doit être rétablie, les fragments suturés, et le membre immobilisé dans une bonne attitude.

Du fait de la coaptation non exacte des fragments, de l'interposition de faisceaux fibreux ou musculaires, découlent les accidents primitifs, qui sont la lenteur de la consolidation, des troubles vasculaires et nerveux; et des accidents secondaires : varices, œdème persistant, atrophies musculaires, impotence fonctionnelle. L'intervention directe permettra seule de remettre les fragments en place, et de les suturer, s'il y a lieu.

Botryomycose — M. Brault, d'Alger, communique deux cas de botryomycose qui se sont déclarés chez des malades atteints de panaris des doigts. L'affection présentait les caractères d'une petite tumeur, rouge végétante, très vasculaire. Guérison complète par extirpation au niveau du pédicule et cautérisation à la teinture d'iode.

Ostéomes pré-coxaux. — M. Lejars décrit une variété d'ostéome, qu'il a observé chez deux malades, siégeant au-devant de l'articulation coxo-fémorale, dans la gaîne du psoas et remontant jusqu'à la branche horizontale du pubis avec lequel ces productions osseuses se confondent. Ordinairement consécutives à un traumatisme de l'aîne, elles finissent par leur volume par gêner les mouvements de flexion de l'abdomen. Leur extraction s'impose, mais est très laborieuse et doit être poursuivie avec la gouge et le maillot. (*19 juin*).

BIBLIOGRAPHIE

Les processus généraux, par MM. A. Chantemesse et W. Podwyssowsky. (Chez G. Carré et C. Naud).

Ce livre, dont la première partie seulement est parue aujourd'hui, contient une étude extrêmement intéressante des processus généraux, c'est-à-dire des principales réactions physiologiques et morbides, observées chez l'homme et chez les animaux, à la lumière des faits cliniques et expérimentaux, avec l'aide de la physiologie, de l'anatomie et de l'histologie normales et pathologiques, de la chimie, de la bactériologie, etc.

C'est à proprement parler un traité de pathologie générale, puisque, ainsi que le montrent bien les auteurs, l'étude de la pathologie ne peut plus aller aujourd'hui sans celle des diverses sciences biologiques qui la rendent intelligible.

« Ces différences symptomatiques ne découlent que des particularités de structure ou de fonctions que les notions d'anatomie et de physiologie laissent comprendre. »

Après deux chapitres consacrés à l'histoire naturelle de la maladie (définition, propagation, marche, terminaison), à son étiologie générale et à l'hérédité morbide, les auteurs entrent dans l'étude des divers processus pathologiques et des diverses dégénérescences ; chacune d'elles étant étudiée successivement au point de vue histologique, puis chimique et physiologique mène à la conception, claire et précise, véritablement scientifique, d'une maladie.

La dégénérescence albuminoïde qui comprend : la tuméfaction, trouble, les dégénérescences cireuse, hyaline, amyloïde, cornée

Digitized by Google

aqueuse, vésiculeuse, colloïde, mucoïde, entraîne l'étude des altérations physiologiques des organes des vieillards, de la maladie amyloïde, des cancers cutanés, du myxœdème, etc.

La dégénérescence glycogénique et hydrocarbonée, étudiée d'abord au point de vue général, puis dans les tumeurs, aboutit à la notion pathogénique des glycosuries et des diabètes.

La dégénérescence graisseuse est envisagée d'abord, en tant que lésion locale toxique ou infectieuse, puis en tant que processus général dans l'adéno-lipomatose et dans l'obésité.

L'étude de la dégénérescence pigmentaire comprend celle de l'origine des pigments, de leur siège, de la cause générale qui préside à leur hyperproduction, ainsi que l'étude des sarcomes mélaniques, de la mélanémie paludéenne, de la maladie d'Addison.

Les auteurs passent ensuite en revue les incrustations calcaires, uratiques, la goutte, les lithiases urinaire et biliaire, la formation des broncholithes, les pneumoconioses, l'argyrose.

Enfin ils étudient les nécroses, les gangrènes et les putréfactions dans leur étiologie, leurs formes cliniques et anatomiques.

On voit par ce résumé combien de questions intéressantes sont traitées dans ce volume. — E. L. M.

ACTUALITÉ

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations maritimes, climatiques et sanatoriums de France.

On connaît l'œuvre du Dr Carron de la Carrière, œuvre inspirée, comme il a bien voulu l'écrire, par la campagne de Gubler, dès 1871, et aussi par la nôtre en faveur des eaux minérales françaises.

Les voyages aux eaux minérales et aux stations d'altitude, en France sont organisés par lui dans un but d'intérêt général : Faciliter aux médecins français et étrangers la visite et la connaissance pratique de toutes les stations thermales et climatiques de la France. Ils ont un comité de patronage, composé de MM. *Brouardel, Cornil, Durand-Fardel, Fournier, Gilbert, Huchard, Landouzy, Lannelongue, Monod* (conseiller d'Etat), *Proust*. Il y a sans doute un ou deux noms que le Comité s'honorerait de posséder encore, et d'autre part, on nous dit que le système des conférences faites sur place gagnerait sûrement à être modifié et agrandi.... Qu'importe. Les quelques imperfections de l'œuvre, s'il y en a, ne sont pas le fait de son promoteur, et l'on ne doit point s'arrêter à des questions personnelles. Du reste, l'une de ces imperfections pourra être cette année en partie réparée. On s'était plaint que plusieurs membres du Comité de patronage n'aient point encore assisté à ces voyages d'études ; on ajoutait que l'ennui naissant parfois de l'uniformité, il serait peut-être utile de les animer davantage encore par des conférences multiples où chacun exposerait ses idées à sa manière... C'est parce que cette plainte et cette requête nous ont été souvent formulées, que j'ai cru devoir, à titre de membre du Comité de patronage, prendre l'engagement de faire le 12 septembre prochain à *Evian*, dernier terme du voyage, une conférence d'ensemble sur quelques-unes des localités visitées du 1er au 12 septembre : Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Marlioz, Hauteville (sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Evian, Thonon. Car, dans une œuvre semblable, il faut que les membres du « Comité de patronage » dont les droits s'inspirent de leurs devoirs, donnent de leurs personnes, usent de leur influence, et agissent.

Le voyage de cette année sera, non seulement utile, mais particulièrement agréable. Il permettra aux praticiens, accompagnés ou non de leur famille, de visiter, à des conditions exceptionnelles de bon marché et de confort, de superbes contrées (montagnes de la Savoie, Grande-Chartreuse; lacs du Bourget, d'Annecy, de Genève ; gorges du Fier, vallée de Chamonix, etc.). Il nous serait particulièrement agréable d'y rencontrer le plus grand nombre de nos lecteurs. Je les engage *à me prévenir au plus vite de leur présence*, et à envoyer ensuite leur adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, à Paris (Ecrire très lisiblement : son nom et son adresse, l'indication de la gare d'où l'on partira, ou pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français, et le jour de l'arrivée à Uriage). Il faut encore envoyer sa souscription (300 francs) à M. le Directeur du Crédit Lyonnais, agence B. ; compte V. E. M., place de la Bourse, à Paris.

Voici les **conditions**, vraiment exceptionnelles du voyage.

I. — **Uriage** est la première station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément : descendre à la gare de Grenoble et prendre le tramway à vapeur qui relie cette gare à Uriage.

Pour arriver à la gare de Grenoble (Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée), les Compagnies de chemins de fer accordent une **réduction de moitié prix** à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux *femmes de médecins* par toutes les Compagnies de chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du Midi.

Chaque voyageur peut arriver à Uriage, à son gré, dans la journée du 31 août ou dans la matinée du 1er septembre. — Pour ceux qui choisissent le 31 août : on assure leur dîner et leur coucher, à condition qu'ils préviennent 10 jours d'avance. Pour ceux qui préfèrent le 1er septembre, le train de Paris arrive à Grenoble à 8 heures du matin, le tramway à vapeur part de la place de la gare 20 minutes après et arrive à Uriage vers 9 heures et demie.

II. — **D'Uriage à Evian**, les voyageurs visiteront, en groupe, les stations suivantes : *Uriage. — La Motte. — Allevard. — Salins-Moutiers. — Brides. — Pralognan. — Challes. — Aix. — Marlioz. — Le Revard. — Hauteville (sanatorium). — Divonne. — Saint-Gervais. — Chamonix. — Evian. — Thonon.*

Digitized by Google

Prix à forfait : 300 **francs** par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Uriage (dans la journée du samedi 31 août ou le matin du dimanche 1er septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Evian (le jeudi 12 septembre dans la soirée ou le vendredi matin 13 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, bateau, en voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le jeudi 12 septembre, le dernier repas pris en commun sera le dîner à **Thonon**, à 6 heures environ. — Après le dîner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers 7 h. 30, le train vers Paris et Lyon, soit rentrer à Evian où leur coucher et leur petit déjeuner sont assurés le lendemain matin.

Pour retourner de Thonon ou d'Evian à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Grenoble, de la **réduction de moitié prix** sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins. En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'**une valise d'un maniement facile**.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Uriage, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait *sans arrêt* et par la *voie la plus directe*. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Evian. Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Voici maintenant le **programme** de ce beau voyage :

Dans l'après-midi du samedi 31 août et dans la matinée du dimanche 1er septembre, concentration, à Uriage, de tous les adhérents à ce voyage.

Dimanche 1er septembre 1901 : Déjeuner à 11 heures. Après déjeuner, visite d'*Uriage*. Dîner et coucher au Grand Hôtel.

Lundi 2 : Excursion à la *Grande Chartreuse*. Coucher à Uriage.

Mardi 3 : Le matin, départ d'Uriage pour *La Motte*, par Vizille. Visite de La Motte. L'après-midi, arrivée à Allevard vers 4 h. 30. Dîner et coucher à l'hôtel des Bains.

Mercredi 4 : Le matin, visite d'*Allevard*. A 1 heure, départ pour *Salins-Moutiers*. Dîner et coucher à Brides.

Jeudi 5 Excursion à *Pralognan*. Coucher à Brides.

Vendredi 6 : Le matin, visite de *Brides*. A midi, départ pour *Challes* ; visite. Dîner et coucher à Aix, Grand Hôtel.

Samedi 7 : Visite d'*Aix*, *Marlioz*, *Lac du Bourget* et *Hautecombe*. Coucher à Aix.

Dimanche 8 : Le matin, excursion au *Lac d'Annecy*, *Gorges du Fier*. L'après-midi, *Le Revard*. — Coucher à Aix.

Lundi 9 : Le matin, départ pour le *Sanatorium d'Hauteville* Visite et Déjeuner. A 3 heures, départ. Arrivée à Divonne à 7 h. 30. Coucher à l'Hôtel de l'Etablissement.

Mardi 10 : Le matin, visite de *Divonne*. A 12 h. 30, départ. Arrivée à Saint-Gervais à 5 h. 30. Coucher, Hôtel de Savoie.

Mercredi 11 : Le matin, visite de *Saint-Gervais*. L'après-midi, excursion à *Chamonix*. Coucher à Evian, Grand-Hôtel des Bains.

Jeudi 12 : Le matin, visite d'*Evian*. Après déjeuner, départ en bateau pour *Thonon*. Dîner à 6 heures. Dislocation.

Les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers 7 h. 30, le train vers Paris et Lyon, soit rentrer par bateau à Evian, où sont assurés leur coucher au Grand-Hôtel des Bains et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Eh bien, mes chers lecteurs, vous avec qui j'aime tant à causer amicalement et librement par la voie de ce journal, auquel vous êtes comme moi si attachés, ne pensez-vous pas qu'il y a là, pour vous tous, une occasion exceptionnelle de passer quelques bonnes journées de vacances en participant à un voyage à la fois agréable et utile? Vous nous avez fait toujours l'honneur de nous lire attentivement, de prendre part avec nous à l'œuvre patriotique à laquelle nous vous convions, et il s'agit encore ici d'une œuvre *humanitaire*, puisque les intérêts de vos malades — donc, les vôtres — sont en jeu. Cette année, des difficultés de divers ordres nous font abandonner le projet d'aller à l'Etranger avec quelques-uns de nos collègues. Nous resterons en France, je me ferai un devoir et un plaisir de participer au moins aux dernières étapes de ce beau voyage, ne serait-ce que pour voir et remercier tous ceux que mon pressant appel aura décidés à venir. Vous voudrez donc *en grand nombre* répondre au pressant appel que je vous adresse, à vous, lecteurs français, comme à vous, lecteurs de l'Etranger. Car, encore une fois, nous n'agissons pas dans une pensée étroite et exclusive de patriotisme ; l'idée est plus haute, si c'est possible, ou plutôt plus large, plus libérale. Il s'agit de se connaître, de mieux nous connaître, de « lismer, comme disait Montaigne, notre cervelle à celle d'aultruy », et mieux encore, de serrer nos mains, de rapprocher nos cœurs ; il s'agit d'apprécier sur place, comme elles le méritent, nos remarquables stations hydro-minérales et climatiques. Pour cela, les livres et manuels sont insuffisants ; il faut *voir* et *entendre*. Le succès de ces trois dernières années de voyages médicaux a été très grand, il a dépassé les meilleures espérances. Que cette année, le succès soit plus grand encore! Nous avons besoin d'être encouragés dans notre œuvre, non seulement par des paroles, mais surtout et seulement par des actes. Or, *l'acte* que nous vous demandons à tous, c'est votre présence, c'est votre participation effective aux voyages d'études dans les stations hydro-minérales et climatiques. *Acta, non verba.* — H. Huchard.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des suppurations du membre supérieur et de leur traitement

Par MAUCLAIRE,
Chirurgien des Hôpitaux, agrégé de la Faculté.

SUPPURATIONS DE LA MAIN

Il faut étudier successivement celles des doigts et celles de la main.

PHLEGMONS ET ABCÈS DES DOIGTS. — Ils sont superficiels ou profonds.

A. *Phlegmons et abcès superficiels* (Panaris superficiel). — Le mot panaris est un terme très vague. Il désigne surtout les inflammations superficielles du doigt. Il est consécutif à une infection des parties molles superficielles par une piqûre, une coupure ou une petite écorchure, crevasse, envie, etc.; plus fréquent chez l'homme que chez la femme, plus fréquent à droite qu'à gauche, plus fréquent chez l'enfant apprenti maladroit, que chez l'adulte ouvrier plus prudent et plus expérimenté. Sur 268 cas de panaris, celui-ci siégeait 85 fois au pouce, 81 fois à l'index, 58 fois au médius, 36 fois à l'annulaire, 8 fois à l'auriculaire (Velpeau). Les professionnels du panaris, ce sont les cuisinières, les cordonniers, les pêcheurs de morue qui plongent continuellement leurs mains dans le gosier des poissons pour décrocher l'hameçon chargé d'une amorce putréfiée. Ce dernier détail montre ce qu'il faut penser des épidémies de panaris dans les pêcheries de Terre-Neuve.

Parfois, on ne voit pas la porte d'entrée, d'où le nom de « mal d'aventure » donné par Garengeot. Mais parmi ces panaris spontanés, il faut classer les ostéomyélites phalangiennes évoluant du centre vers la périphérie de la phalange.

1° Le *panaris superficiel* (panaris sous-épidermique, panaris érysipélateux, tourniole, mal blanc, mal d'aventure, etc.), est une angioleucite réticulaire, diffuse, sous-épidermique. C'est le plus fréquent, et il présente plusieurs variétés.

a. Le *panaris érythémateux* est caractérisé par une démangeaison qui se transforme rapidement en une véritable douleur pulsatile. Le doigt est rouge, la peau est tuméfiée, les mouvements sont douloureux. La résolution spontanée en deux ou trois jours est fréquente.

b. Le *panaris phlycténoïde* est caractérisé par la formation d'une phlyctène épidermique qui contient la sérosité louche; elle entoure souvent tout le pourtour du doigt, d'où le nom de tourniole. Or, cette phlyctène se résorbe et disparaît rapidement ou elle altère la nutrition de l'ongle.

Cette tourniole est parfois multiple (1); elle est fréquente à l'index. Elle est le plus souvent due au staphylocoque; le sujet s'infecte lui-même en se touchant une plaie à distance; j'ai observé un cas où l'enfant, atteint d'otite suppurée, s'est contagionné en se mettant le doigt dans son oreille.

c. Le *panaris péri-unguéal ou sous-unguéal, ou rétro-unguéal*, commence en un point du pourtour de l'ongle; il embrasse l'ongle, il le décolle parfois; la suppuration est parfois longue, mais l'ongle se reforme le plus souvent, soit normalement, soit avec une déformation plus ou moins grande.

2° *Panaris sous-cutané.* — *a.* Le *panaris sous-cutané proprement dit* succède souvent au panaris superficiel. Le gonflement de la phalange est très marqué; la douleur est térébrante, chaque battement artériel l'augmente. La moindre pression l'exagère, de même que la position déclive de la main. Le gonflement du doigt est plus marqué à la face dorsale, car le tissu cellulaire y est plus lâche, se laisse facilement envahir par l'œdème. Si l'épiderme palmaire est épaissi, on peut méconnaître le siège initial de la suppuration et croire à une suppuration de la face dorsale du doigt. On note souvent de l'adénite épitrochléenne ou axillaire.

L'impotence fonctionnelle est complète et les troubles généraux sont représentés par de l'insomnie, de la fièvre, des frissons, de l'inappétence, etc.

Le panaris sous-cutané se termine le plus souvent par la suppuration; le pus soulève parfois l'épiderme sous forme d'ampoule; il y a alors un foyer sous-épidermique qui communique par une étroite ouverture avec le foyer sous-cutané. C'est l'abcès en bouton de chemise bien décrit par Velpeau et qu'il faudra toujours avoir présent à l'esprit au moment de l'incision.

Le pus, au lieu de se diriger vers la surface peut évoluer vers la profondeur et infecter la gaine synoviale du tendon sous-jacent.

Quand le panaris sous-cutané se développe au niveau d'un durillon situé à la face palmaire d'une phalange, le doigt est peu gonflé au début, la douleur est très circonscrite en un point, l'œdème dorsal est très marqué, le pus gagne difficilement la surface de la peau.

b. Le *panaris anthracoïde.* — C'est l'anthrax du doigt caractérisé par l'inflammation soit d'une glande sébacée, soit d'une glande sudoripare, soit d'un vaisseau lymphatique du tissu cellulaire sous cutané. Il

(1) BRINDEAU, La tourniole des nouveau-nés *L'Obstétrique*, 1900, n° 1281).

Digitized by Google

siège de préférence à la face dorsale du doigt, au niveau de la première phalange toujours plus poilue que la deuxième. La peau est rouge au niveau de la base d'un poil; il se forme une phlyctène épidermique qui se perfore en plusieurs places; par ces ouvertures, sort du pus abondant, des fragments de tissus cellulaires sphacélés, sorte de bourbillon rarement multiple. Les auteurs s accordent à dire que ce panaris ne s'accompagne pas de troubles généraux comme les précédents. C'est, en effet, une inflammation toute locale, une pyodermite, et non une sorte de lymphangite comme le précédent.

Les complications sont soit locales, soit générales. Les complications locales les plus fréquentes sont la suppuration des synoviales digitales et l'ostéomyélite secondaire avec névrose de la phalange sous-jacente, et enfin l'arthrite suppurée des articulations phalangiennes.

Localement, on peut encore observer des complications gangréneuses (panaris gangréneux). Cette gangrène s'observe surtout chez les diabétiques. L'érysipèle, les angioleucites, le phlegmon par diffusion des adénites suppurées, s'observent ici comme pour toutes les plaies. La diphtérie peut se greffer sur la plaie : c'est le panaris diphtérique primitif ou secondaire de Hahn, Seitz (1).

Les complicatious générales observées sont des ostéomyélites à distance, des abcès du cerveau, etc., et enfin la septicémie et l'infection purulente.

Diagnostic. — Il est facile; on élimine facilement certaines lésions cutanées, l'*érythème*, les *engelures*, l'*érysipèle*.

Dans la *synovite digitale primitive*, le doigt se met en crochet, la flexion est très douloureuse, beaucoup plus douloureuse que dans le simple panaris sous-cutané.

L'*ostéomyélite de la phalange* se caractérise par ce fait que des douleurs existent dans l'os quelque temps avant l'apparition de la rougeur du doigt. La marche de l'infection est inverse, elle va du centre vers la périphérie.

L'évolution chronique, les troubles trophiques et sensitifs concomitants, feront reconnaître le *panaris de la syringomyélie*.

Le *pronostic* est assez grave à cause des troubles fonctionnels possibles quand le panaris superficiel se complique d'infections synoviales ou osseuses. Les doigts sont déformés, l'ongle difforme, la dernière phalange reste souvent raide, quand ce n'est pas tout le doigt; les phlegmons à distance peuvent produire de graves désordres, aboutissant à une amputation ou à une désarticulation.

(1) Hahn, Seitz, *Correspondenzbl. f. Schweiz. Aertze*, 1899.

Traitement. — Le panaris superficiel doit être traité de bonne heure par une incision franche.

Quand celle-ci est refusée dans l'espoir de l'avortement possible, on autorisera des compresses antiseptiques chaudes appliquées sur le doigt. Mais plus de ces cataplasmes qui ont déterminé l'ankylose, la nécrose ou la perte de tant de doigts! Ces compresses chaudes diminuent la douleur; la main sera maintenue élevée.

L'incision franche après anesthésie locale permet l'élimination des produits septiques. Elle doit être longitudinale et on aura soin d'éviter de sectionner le tendon Elle empêche surtout la propagation aux tissus profonds. Des bains de doigts dans un bain de sublimé faible activent la désinfection et partant la guérison. Mais ces bains ne seront pas trop prolongés, car ils ont l'inconvénient de gonfler et d'infiltrer l'épiderme.

En incisant le foyer superficiel, on vérifiera le fond de la poche pour voir s'il n'y a pas un autre abcès sous-jacent; on pensera donc toujours à l abcès en bouton de chemise.

On fera mouvoir de bonne heure et souvent toutes les articulations de la phalange, pour éviter leur ankylose, et aussi pour éviter les adhérences des tendons à leur gaine.

***

PHLEGMONS ET ABCÈS PROFONDS DES DOIGTS
(Panaris profond).

Ils siègent : 1° dans la gaine synoviale; 2° dans l'organe central du doigt ou de l'orteil, c'est-à-dire dans la phalange, ostéomyélite de la phalange ou panaris osseux; 3° dans les articulations.

1° Abcès des gaines.— Cette infection de la *gaine synoviale* peut être primitive ou secondaire. Elle est primitive quand elle est le résultat d'une infection générale, septicémie, infection purulente; cette étiologie est assez rare aujourd'hui. Elle est secondaire le plus souvent, soit à une infection superficielle, c'est-à-dire une piqûre ou un panaris des parties molles. Elle peut être encore consécutive à une ostéomyélite d'emblée de la phalange, l'infection suppurative marchant ici du centre du doigt vers sa périphérie (1).

Le *panaris des gaînes* de l'index, du médius et de l'annulaire se traduit par une tuméfaction limitée

(1) *Synoviales digitales.* — Rappelons que la synoviale de l'index, du médius et de l'annulaire s'étend depuis l'extrémité supérieure de la troisième phalange jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, tandis que celle du pouce et celle de l'auriculaire accompagnent les tendons fléchisseurs jusqu'au poignet et se terminent à deux travers de doigt environ au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. De plus, la synoviale du pouce et celle du petit doigt sont contiguës à leur partie supérieure et elles communiquent quelquefois l'une avec l'autre.

Digitized by Google

à la face antérieure des deux premières phalanges seulement, puisque la troisième phalange n'est pas recouverte par cette séreuse. L'infection de la gaîne du pouce et du petit doigt détermine un gonflement qui s'étend à l'éminence thénar et hypothénar et remonte jusqu'au poignet. Enfin, quand la gaîne du pouce communique avec celle du petit doigt, l'infection passe facilement de l'une à l'autre et réciproquement. Les panaris superficiels, du pouce et du petit doigt sont donc particulièrement graves, quand l'infection gagne la synoviale sous-jacente.

Quand la gaîne synoviale est prise, la flexion du doigt est très douloureuse. *Il se fléchit spontanément en crochet*, pour augmenter la cavité de la synoviale qui se remplit de liquide, successivement louche, puis purulent. Le pus se dirige vers la peau ou vers les articulations voisines. L'infection gagne les articulations, le tendon et l'os. Le tendon fléchisseur se sphacèle et s'élimine au bout de plusieurs semaines, l'extension permanente du doigt, ankylosé en ligne droite est la règle, la guérison avec cette infirmité ne s'observe qu'après des mois le plus souvent. Les parties molles restent longtemps comme infiltrées et, à la coupe, elles offrent un aspect lardacé.

La synovite suppurée des gaînes se reconnaît surtout à la rétraction des doigts, mais il faut que cette rétraction soit très marquée car le panaris superficiel donne aussi lieu à une très légère flexion du doigt au début.

Le *pronostic* dépend du traitement ou si on n'intervient pas, l'infection gagne rapidement des organes voisins superficiels et profonds, et conduit à une « *pandactylite* ».

Le seul *traitement*, c'est l'incision aussi précoce que possible ; elle calme la douleur, elle prévient le sphacéle du tendon, etc., c'est le traitement préventif de l'ostéomyélite de la phalange.

2° Ostéomyélites des phalanges (*Panaris osseux*). — L'infection des phalanges est, soit consécutive à une infection des parties molles du doigt, soit primitive.

a) L'ostéomyélite secondaire s'explique aisément : les séquestres qui se forment mettent parfois des mois pour s'éliminer.

b) Ostéomyélite primitive des phalanges. — Chassaignac, dans son Traité de la suppuration, décrit le panaris périostique primitif. Boyer, Roux, Velpeau, Gerdy, Dupleix et son élève Cottin, admettent l'existence de l'origine osseuse et primitive du panaris profond ; tandis que la plupart des autres auteurs de la même époque le considèrent comme une ostéopériostite consécutive à l'inflammation de la gaîne synoviale (Dolbeau). Lannelongue, le premier soutient catégoriquement que certains panaris profonds ne sont autre chose que des ostéomyélites des phalanges. En 1897, à la Société de chirurgie, M. Kirmisson a également insisté sur le diagnostic différentiel entre le panaris profond ostéomyélitique et le panaris superficiel.

Ce panaris osseux, ostéomyélitique d'emblée, s'observe parfois sans porte d'entrée visible pour l'infection, parfois après une fièvre typhoïde (Chantemesse et Widal), ou encore après un traumatisme qui localise une infection sanguine déjà existante. Ce traumatisme existait 14 fois dans les trente observations colligées par Augué (1).

Le microbe causal est variable : staphylocoque, streptocoque, bacille d'Eberth. Les lésions seront celles de l'ostéomyélite, décollement périostique, décollement épiphysaire, formation de séquestres, arthrites suppurées, dislocation articulaire, fistules multiples, infection des gaînes synoviales digitales et de toutes les parties molles du doigt.

Le siège de préférence c'est le pouce, la phalange la plus souvent lésée c'est la première et la troisième. Quelquefois l'affection est bilatérale et symétrique. Ce sont les deux pouces, dans le cas de Poncet.

La *symptomatologie* est facile à concevoir, brusque douleur, gonflement initial à l'os, voilà le signe primordial qui attire l'attention, d'autant plus qu'il n'y a pas de lésions cutanées au voisinage. Les phénomènes généraux sont parfois très graves et le malade peut être emporté par la pyohémie ou une autre complication (abcès du cerveau, phlegmon périnéphrétique, septicémie (cas de Mignon).

D'autres manifestations ostéomyélitiques peuvent être observées (fémur, tibia, etc.). Rapidement l'abcès sous-périosté perfore les parties molles et vient faire issue au dehors.

L'évolution de la maladie est parfois subaiguë, ce sont des ostéomyélites phalangiennes larvées. La fistule qui s'établit dure souvent un temps infini. Enfin un séquestre, en s'éliminant spontanément, termine la maladie.

Le *diagnostic* avec le spina-ventosa est facile ; celui-ci est une affection tuberculeuse lente et diaphysaire. La syphilis osseuse a une évolution chronique. Le diagnostic avec une arthrite suppurée est parfois difficile, car celle-ci peut être symptomatique du panaris osseux.

Le *pronostic* est en général bénin, mais des complications mortelles sont possibles.

Traitement de l'ostéomyélite primitive ou secondaire des phalanges. — C'est l'incision précoce pour calmer la douleur, mais elle n'empêche pas la nécrose.

(1) Augué, thèse de Lyon, 1897.

Digitized by Google

Les sequestres qui se forment sont ou parcellaires, et ils peuvent sortir spontanément par une fistule, mais au bout d'un temps très long ; souvent ils sont «panphalangiens». Des incisions seront souvent nécessaires pour les éliminer (1).

3° Arthrites suppurées des phalanges. — Comme pour les synoviales et les os, ces suppurations sont primitives ou secondaires. Quand le pus a perforé la synoviale, une fistule persiste longtemps ; en remuant les doigts, on constate des mouvements anormaux de l'articulation et on entend des craquements.

Quand le doigt est augmenté de volume dans sa totalité, imbibé de pus, les os nécrosés, les tendons exfoliés, les articulations ballantes et fistuleuses, l'amputation ou la désarticulation sont indiquées.

Parfois le doigt guérit cependant, mais il est soit ankylosé, soit très difforme et les ouvriers viennent spontanément demander l'amputation qu'ils avaient refusée tout d'abord.

***

Phlegmons et Abcès de la main

Les *phlegmons et abcès de la face dorsale* de la main, ne présentent rien de bien particulier, mais *ceux de la face palmaire* ont souvent préoccupé les chirurgiens. Ils sont fréquents, aussi ils ont été souvent étudiés. En France, Velpeau en faisait l'objet de ses leçons cliniques et il insistait sur l'abcès en bouton de chemise. Michon, dans sa thèse, et Bauchet dans une longue monographie, complètent l'étude de ces phlegmons. Chassaignac en parle souvent dans son Traité « sur la suppuration et le drainage chirurgical » (1859), Gosselin, Dolbeau (2), Le Dentu (3) en ont donné une excellente description et en ont discuté la pathogénie.

Toutes les différentes variétés de plaies peuvent servir de porte d'entrée à l'infection des tissus constitutifs de la main : ce sont : les piqûres, les excoriations, les morsures, les plaies contuses, les plaies compliquées de corps étrangers. Les panaris de tous les doigts peuvent donner lieu aux phlegmons et abcès de la main.

(1) Si toute la troisième phalange est nécrosée, on peut par une incision en T (A. Guérin) en fer à cheval (Maisonneuve) ou verticale et transversale, diviser la phalangette en deux valves, une palmaire et une dorsale qui contient l'os nécrosé. Celui-ci est énuclée, on rapproche les valves après nettoyage et le résultat de ce procédé opératoire c'est que l'extrémité digitale est aussi peu déformée que possible (Quénu). Un doigt « désossé » de sa troisième et de sa deuxième phalange peut encore être utile (Ollier). Enfin, Kronaker, par des greffes d'os de veau, a essayé de remédier à la nécrose de l'index (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 25 janvier 1897).

(2) Dolbeau, Leçons sur les inflammations du membre supérieur (*Journ. l'Ecole de médecine*, 1876).

(3) Le Dentu, article Main, *Dict. de méd. et de chir. pratiques* t. XXI et Etudes clin. chirurgicales, 1892.

Quant au phlegmon dit spontané, il s'agit à notre avis de lymphangites profondes ou superficielles tardives, consécutives à une plaie déjà cicatrisée depuis quelque temps. Ces lymphangites tardives existent tout comme les adénites tardives (Gérard-Marchant) (1). Ou bien il s'agit de synovites suppurées dans lesquelles l'infection est d'origine interne.

Les abcès de la face dorsale, à part leur forme assez souvent anthracoïde, ne possèdent rien de particulier. Nous passerons donc immédiatement à l'étude des phlegmons et abcès de la face palmaire.

Etant donné le siège variable du foyer de suppuration, plusieurs variétés anatomiques et cliniques sont à distinguer. Ce sont : 1° le *phlegmon et abcès sus-aponévrotiques* comprenant : a) le *phlegmon cutané* et b) le *phlegmon sous-cutané* ; 2° le *phlegmon et abcès sous-aponévrotique*, encore appelé *phlegmon profond*. Dans toutes les divisions indiquées jusqu'à maintenant, le rôle de l'aponévrose palmaire ne nous paraît pas avoir assez été mis en relief.

1° Phlegmon et abcès sus-aponévrotique. — a) *Phlegmon et abcès cutané*. — Les auteurs classiques distinguent encore ici plusieurs variétés, le *phlegmon érythémateux*, le *phlegmon phlycténoïde ou ampullaire*. Quant au *phlegmon* anthracoïde rare à la paume, fréquente à la face dorsale, c'est l'anthrax pur et simple qui n'a rien de spécial à la main.

Le *phlegmon érythémateux* n'est en somme qu'une plaie limitée à la peau et qui se complique de lymphangite réticulaire. On note une rougeur vive, diffuse ou en plaques, douloureuse. La main paraît lourde ; le malade ressent soit des battements isochrones à ceux du pouls, soit des picotements ou des démangeaisons. L'infection peut gagner soit les troncs lymphatiques de l'avant-bras, ce qui donne lieu à des traînées rougeâtres, soit les ganglions épitrochléens et axillaires à distance sans traînées lymphangitiques intermédiaires. Les mouvements des doigts sont conservés. Comme dans toute lymphangite réticulaire ou tronculaire il y a de la fièvre.

Au bout de trois à quatre jours, on voit le gonflement diminuer ; la peau se ride, l'épiderme se flétrit et s'exfolie.

Dans le *phlegmon ampullaire*, l'épiderme est soulevé par un amas de sérosité ou de pus. C'est le vulgaire durillon forcé des manouvriers. Ce durillon est représenté par des amas de couches épidermiques, et une petite bourse séreuse sépare cette production épidermique de la face supérieure du derme (Verneuil). Comment s'infecte cette séreuse ou pseudo-séreuse sous-épidermique ? Ayant à ce point de vue

(1) Gérard-Marchant, Observations in thèse Jouet, Paris, 1886.

Digitized by Google

examiné un assez grand nombre de malades, j'ai souvent trouvé chez eux comme porte d'entrée, soit des plaies à distance sur les doigts, soit au niveau de la pulpe, soit au niveau des interlignes et des plis palmaires articulaires. Quand ce n'étaient pas des plaies, c'étaient des engelures, des crevasses. Celles-ci existaient aussi dans le voisinage du durillon, à la surface de la peau. C'était là une porte d'entrée évidente, à notre avis, chez certains malades; chez d'autres, nous pensons que la pression aux glissements fréquemment répétés doit provoquer des décollements vasculaires, des déchirures dans cette bourse séreuse et cet épanchement de lymphe ou de sang s'infecte secondairement par le fait d'une écorchure de voisinage. A moins de supposer encore ici, pour quelques cas, une infection d'origine interne.

Quoi qu'il en soit de cet essai de pathogénie qui nous a quelque peu intrigué, on voit chez ces malades l'épiderme se soulever sur une étendue des plus variables : l'ampoule contient un liquide séreux, séro-sanguinolent qui devient rapidement purulent. Celui-ci perfore soit l'épiderme et s'écoule au dehors, soit le derme, et il envahit la région sous cutanée : c'est l'abcès en bouton de chemise.

b) *Phlegmon et abcès sous-cutané.* — Ils compliquent souvent une des formes précédentes, ou le panaris d'un doigt. Dans ce dernier cas, c'est le plus souvent un abcès lymphangitique.

Il débute par une douleur lancinante, pulsatile, *cette douleur s'exaspère par la pression en un point bien limité au début.* Bientôt l'infection se propage latéralement, mais les adhérences fibreuses de la peau à l'aponévrose, au niveau de la face antérieure du poignet l'empêchent de se propager à l'avant-bras. De même les tractus fibreux qui abondent au niveau des grands sillons de l'M palmaire l'empêchent de passer de l'éminence thénar dans le creux de la main et réciproquement. L'œdème se dirige donc en bas, et une fois qu'il a gagné les espaces interdigitaux, il envahit rapidement toute la face dorsale. A cette région, le godet de l'œdème se produit à la moindre pression. Les *mouvements des doigts sont conservés.* Ce signe est important, comme nous le verrons, car les mouvements des doigts sont limités dans les phlegmons sous-aponévrotiques.

Les symptômes généraux sont ceux de toutes les infections phlegmoneuses, c'est le syndrome phlegmoneux quel que soit son siège, fièvre, inappétence, etc., etc.

A la *période de phlegmon*, succède plus ou moins rapidement la *période de l'abcès* ; le pus s'accumule d'abord entre le derme et l'aponévrose. Quand il perfore le derme, il décolle ensuite l'épiderme avant de le perforer. C'est l'abcès en bouton de chemise déjà décrit. La poche inférieure peut être très étendue, ce qui ferait croire à l'infection de synoviale. Le pus peut encore descendre, et l'abcès s'ouvre dans les espaces interdigitaux en traversant la peau mince des commissures. Arrivée en ce point, l'infection suppurative peut gagner le dos de la main œdématiée, et un abcès dorsal complique l'abcès palmaire.

Ce phlegmon sous cutané se distingue du phlegmon superficiel parce que les douleurs sont lancinantes, pulsatiles, le gonflement est plus circonscrit, la douleur est plus localisée. Dans le phlegmon sous-aponévrotique, les maniements des doigts ne sont pas conservés, les doigts sont franchement fléchis et non infléchis comme dans les phlegmons sus-aponévrotiques.

2° Phlemons et abcès sous-aponévrotiques. — Les abcès sous-aponévrotiques siègent-ils dans les gaînes régionales quand ils se développent dans les régions thénar ou hypothénar? ou siègent-ils dans les troncs lymphatiques? Il est évident que la question ne peut être posée pour les régions de la paume où les susdites séreuses n'existent pas. On avait cru pendant longtemps que ces abcès siégeaient simplement dans le tissu cellulaire.

Pour Dolbeau et son élève Chevalet (*Thèse Paris* 1873) ces abcès profonds sont des lymphangites profondes siégeant sur le trajet des troncs lymphatiques de la main et de l'avant-bras.

Pour Gosselin et son élève Schwartz (*Thèse Paris* 1878) et avec la plupart des auteurs actuels, ce sont des synovites et les abcès de l'avant bras résultent de la rupture du cul-de-sac supérieur de la synoviale. Pour Duplay (1) il peut y avoir primitivement lymphangite du doigt et consécutivement propagation à la synoviale.

La question n'est pas encore absolument tranchée ; comme pour bien des questions de pathogénie, la vérité est à égale distance des opinions extrêmes; il y a et des lymphangites profondes et des synovites (Le Dentu). Celles là pouvant précéder celles-ci puisqu'il est démontré que les lymphatiques et les séreuses dépendent d'un même système anatomique et communiquent ensemble. Dans les lymphangites des membres, on trouve de la sérosité dans les synovites tendineuses et articulaires adjacentes (Verneuil) et au cours des synovites, les ganglions régionaux sont souvent engorgés.

a) *Les lymphangites profondes* succèdent à un panaris, à un phlegmon sous cutané, à une plaie profonde ou à une synovite.

La région de la main est tuméfiée, très douloureuse à la pression, et cela sur une grande étendue : cette

(1) Duplay, Phlegmons de la main (*Progrès méd.* 80.) août 1877).

Digitized by Google

inflammation gagne rapidement l'avant-bras. La tuméfaction profonde est assez diffuse et ne répondrait pas exactement au trajet des gaines synoviales (Dolbeau). Les doigts sont légèrement fléchis et leurs mouvements très douloureux. Le malade éprouve une douleur sourde, profonde, résultant de l'étranglement des tissus dans l'intérieur de la loge ostéo-fibreuse de la paume.

A cette période de phlegmon, succède la période de l'abcès; le pus fuse vers l'avant-bras ou vers la commissure; des décollements multiples avec fistules se produisent, la main peut se transformer en une véritable « éponge purulente », le pus peut fuser le long des vaisseaux de l'avant-bras et le long du bras, c'est le *phlegmon par diffusion le long des gaines vasculaires du membre supérieur*. Le pus se forme dans les vaisseaux lymphatiques. Ce phlegmon de la gaîne vasculaire s'observe assez fréquemment chez des malades mal soignés. Cependant la suppuration peut se limiter, se tarir et les doigts sont pendant assez longtemps limités dans leurs mouvements.

b) *Les synovites suppurées palmaires* sont consécutives soit un panaris du pouce ou du petit doigt soit à un phlegmon sous-cutané ou encore à une plaie profonde.

Le début est toujours plus ou moins insidieux et les doigts se fléchissent au niveau de la deuxième et de la troisième phalange, la première reste en extension. La douleur devient de plus en plus vive. S'il n'y a pas infection initiale des parties molles sus-aponévrotiques, la main est peu tuméfiée et presque sans rougeur. La tuméfaction commence toujours par la partie inférieure de l'avant-bras et gagne ensuite les éminences thénar et hypothénar en laissant intact le milieu de la paume. Cette marche de la tuméfaction s'explique par ce fait que la distension des gaines s'effectue difficilement à la paume à cause des parois de la loge ostéo fibreuse. Mais au-dessus du ligament annulaire et surtout près du bord cubital de l'avant-bras, elles n'ont qu'à soulever l'aponévrose de cette région. C'est seulement lorsque le cul-de-sac supérieur ne peut plus être distendu que le gonflement arrive à la région palmaire. Il se présente sous la forme de deux renflements l'un anti-brachial, l'autre palmaire, la partie intermédiaire est déprimée par le ligament annulaire. La fluctuation est presque la règle; on le perçoit facilement avec les doigts placés les uns au-dessus des autres, au-dessous du ligament annulaire du carpe. Le pus perfore facilement la synoviale il se glisse en bas vers les espaces interdigitaux. En haut il perfore le cul-de-sac supérieur et envahit la région du poignet après avoir souvent infecté l'autre synoviale avec laquelle d'ailleurs il peut exister une communication anormale. Les articulations du poignet peuvent aussi être infectées, d'où une arthrite suppurée avec ces complications osseuses. Les tendons s'exfolient, les artérioles peuvent être également infectées, d'où des hémorrhagies parfois mortelles. La main est déformée, étalée en « battoir ».

Les phénomènes généraux sont parfois très graves : ce sont des signes connus de la septicémie qui, autrefois, emportait souvent le malade.

Le *diagnostic* est facile à cause de la rétraction des doigts. Cette déviation n'existe pas au même degré dans les lymphangites profondes, ou superficielles, ni dans l'arthrite du poignet; celle-ci est caractérisée par une douleur bien localisée à l'articulation.

Le *pronostic* est très grave au point de vue fonctionnel, car c'est souvent la perte des mouvements de la main et des doigts si l'on n'intervient pas par un traitement précoce et énergique (1).

Traitement des différentes variétés des phlegmons et abcès de la paume de la main. — D'une manière générale, quelle que soit la variété, il faut faire une incision précoce du foyer d'infection qu'il soit superficiel ou profond. On n'attendra pas trop longtemps la fluctuation, d'autant plus que les masses musculaires des éminences thénar et hypothénar sont fluctuantes à l'état normal. On incisera donc de bonne heure le phlegmon superficiel érythémateux ou ampulaire. Dans ce dernier cas, au niveau des durillons; là est la douleur maxima, là est le pus. On ne croira pas que le pus est à la face dorsale parce que celle-ci est très œdématiée, comme cela arrive à quelques débutants qui incisent d'abord à ce niveau. On examinera bien le fond de l'abcès incisé en songeant à l'abcès en bouton de chemise; si celui-ci existe, par une nouvelle incision on mettra bien à nu la loge profonde. L'abcès sous-cutané sera traité de même; les incisions seront faites dans l'axe des doigts pour éviter les artères collatérales.

Quant à l'abcès sous-aponévrotique, qu'il s'agisse de lymphangites profondes ou de synovites suppurées on incisera là où il y a de la fluctuation et l'on drainera, le même drain pouvant aller de la région palmaire à la région anti brachiale. Dans cette incision, on songera aux troncs et arcades artérielles, aux nerfs et aux tendons; ces différents organes doivent être évités autant que possible. On trouve souvent un foyer de suppuration à l'avant-bras, sur la ligne médiane en avant du carré pronateur, ou quel-

(1) *Les ostéomyélites des os du métacarpe et du carpe.* — Elles forment une variété d'abcès profonds de la paume de la main. Il est vrai que l'abcès ostéomyélitique est plus souvent dorsal que palmaire (Lannelongue). Quoi qu'il en soit, chez l'enfant, on songera toujours à cette cause de suppuration sous-aponévrotique de la main. La douleur est très vive à la face dorsale en un point précis du squelette. A la radiographie, on verrait l'os augmenté de volume. Le pronostic et le traitement sont ceux de toutes les ostéomyélites.

Digitized by Google

quefois entre ce muscle et le ligament interrosseux. Pour ouvrir ce foyer, on incisera soit sur le milieu de la face antérieure du poignet le long du bord interne du grand palmaire (Nelaton), soit longitudinalement le long du bord interne du poignet, en suivant presque la face antérieure du cubitus, on se fraie un chemin entre le fléchisseur profond et le carré pronateur (Parona).

D'une manière générale au cours des phlegmons de la main on mobilisera tous les jours les doigts et le poignet dans la mesure du possible pour éviter l'ankylose. Cette mobilisation est plus facile dans des bains antiseptiques pris deux fois par jour pendant une heure. Quand le foyer de suppuration est bien désinfecté, on fera un pansement sec pour ne pas trop faire macérer l'épiderme.

Enfin quand une arthrite suppurée du carpe complique la synovite, il faut inciser la synoviale au plus tôt et drainer l'articulation. Nous ne voyons plus souvent maintenant ces mains complètement imbibées de pus pour lesquelles il n'y a plus que l'amputation à faire, si l'on veut voir disparaître des symptômes généraux graves de septicémie qui autrefois emportaient souvent les malades. Les *phlegmons et abcès des orteils et du pied* présentent peu de particularités à signaler, après l'étude que nous venons de faire sur les phlegmons et abcès des doigts et de la main. Ils sont moins fréquents parce que le pied ne sert qu'à la marche et non à la préhension et au toucher. De plus il est, en général, protégé par des chaussures. Cependant, après les grandes marches, le pied est le siège d'ampoules qui se compliquent souvent de lymphangites et d'érysipèles. Ici, comme à la main, nous observons des abcès sous-épidermiques, des abcès anthracoïdes à la face dorsale surtout ou au talon (Chabert), des abcès sous-cutanés simples ou en bouton de chemise, des abcès sous-aponévrotiques engendrés encore parfois par la présence de corps étrangers.

Quant aux synovites suppurées elles sont moins fréquentes qu'à la main; les gaines synoviales sont en effet peu développées. Les orteils sont pourvus à leur face plantaire, chacun d'une petite synoviale. Les gaines synoviales plantaires sont au nombre de deux. Celle du fléchisseur propre du gros orteil commence au niveau de la région postérieure du cou-de-pied et s'arrête en avant, à l'articulation scaphoïdo-cunéenne. La gaine du fléchisseur des orteils s'arrête un peu plus en avant, (Voir Hartmann, *Beitreage, zur klin. Chirurgie*, Band. XVI.)

Ici encore le traitement, c'est-à-dire l'incision sera précoce ; car étant donnée l'épaisseur de la peau, il ne faut pas attendre que la fluctuation soit évidente. Une douleur précise et bien limitée permettra d'affirmer l'existence d'une collection purulente ou d'un corps étranger comme cela nous est arrivé dans plusieurs cas.

Comme à la main, en cas d'abcès profond observé chez un enfant, on songera à l'ostéomyélite d'un des os du squelette du pied.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces questions dans le *Traité de Chirurgie clinique opératoire*, de Le Dentu-Delbet, t. X.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'emploi thérapeutique de la lécithine (1)

Par H. Huchard, *Médecin de l'hôpital Necker*
Membre de l'Académie de médecine

Lorsque, le 18 juin de cette année, MM. Lancereaux et Paulesco lurent à l'Académie de médecine une note sur « l'emploi thérapeutique de la lécithine » et publièrent deux observations de diabètes pancréatiques très améliorés sous l'influence de ce médicament avec augmentation très rapide du poids des malades (3 kil. à 3 kilog. 300 en trois mois), je me souvins de deux autres faits semblables : l'un observé par César Serono (2), quatre ans auparavant, l'autre par moi-même.

Celui du médecin italien concerne un homme de 37 ans, atteint de diabète grave (amaigrissement progressif, 110 gr. de sucre par jour, présence d'acétone dans les urines). Le 27 mai 1897, on commence les injections de lécithine, et 18 jours après, le malade sort de l'hôpital avec une grande amélioration et une augmentation de poids de 2 kilog.

En mars 1901, je prescris pendant un mois et demi, par ingestion stomacale, 0,25 centigr. de lécithine (en cinq fois *pro die*) à un malade atteint de diabète pancréatique avec début de tuberculose à droite. Sous l'influence de la médication, le poids du malade s'élève de 45 à 50 kil., la faiblesse du malade diminue, la quantité de sucre tombe de 147 à 86 gr. par jour, et l'albumine (0,50 centig. environ) n'existe plus qu'en traces indosables. »

Mais ce n'est pas seulemant au *diabète* que ce précieux médicament est applicable, et l'on peut dire qu'il trouve son emploi dans tous les états morbides caractérisés par une dénutrition plus ou moins profonde et rapide, dans les *anémies* et la *chlorose*, la *tuberculose*, les *convalescences* graves et aussi dans la *neurasthénie*. Voici un fait relatif à une anémie

(1) Cette note, destinée à l'Académie de Médecine, n'a pu être lue en temps utile, en raison des vacances. Elle sera présentée plus tard, avec d'autres développements sur ce sujet.

(2) César Serono, *Recherches sur les injections de lécithine*, Turin, 1900.

Digitized by Google

grave et consécutive à des hématémèses abondantes et répétées dues à un ulcère de l'estomac (1).

Une femme de trente ans, cuisinière, entre dans mon service de l'hôpital Necker le 16 avril 1901. Depuis 6 mois, elle présente les symptômes de l'ulcère gastrique (douleurs caractéristiques, hématémèses, etc.). Elle est très faible, très amaigrie, et son état ne s'améliore pas, malgré le régime lacté absolu, les lavages de l'estomac avec pansements au bismuth. Le 23 avril, on pratique dans la région intertrochantérienne une injection de 0,25 centigr. d'ovo-lécithine, injection que l'on répète quotidiennement pendant 15 jours. Le poids de la malade était alors de 59 kil. Le 29 avril (six jours après la première injection), le poids est de 60 kil. 500, et il monte jusqu'à 62 kil. 500, le 8 mai (augmentation de 3 kil. 500 en 15 jours. En même temps, les vomissements disparaissent, l'appétit augmente, les forces reviennent, au point que la malade peut quitter l'hôpital le 13 mai, dans un état d'amélioration vraiment remarquable.

J'ai ainsi une trentaine d'observations relatives à des maladies diverses (anémie, chlorose, tuberculose pulmonaire, neurasthénie, etc.). Elles seront publiées plus tard, lorsque cette question viendra en discussion à l'Académie de médecine ; tout ce que je puis dire aujourd'hui, c'est que cette médication nouvelle est déjà très riche en résultats acquis et plus encore en espérances.

Elle n'est cependant pas absolument nouvelle, comme on peut le voir si l'on jette les regards en arrière, et voici ce que je rappelais dans ma conférence clinique du vendredi 7 juin de cette année à l'hôpital Necker (2).

Dès 1846, Gobley constatait dans les jaunes d'œufs une « matière phosphorée » qui n'était autre que la lécithine, et Payen insistait ensuite sur « l'action reconstituante du jaune d'œuf » appliquée du reste depuis longtemps dans la médecine populaire sous le nom impropre de « *lait de poule* ». Beaucoup plus tard, en 1874, Armand Gautier (*Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène*, tome I, page 357), s'exprime ainsi : « Toute substance où existera le phosphore dans un état comparable à celui sous lequel nous le trouvons dans la lécithine, ou qui contiendra, comme le jaune d'œuf, la chair et le frai de poisson, cette lécithine elle-même, pourra être réputée plus éminemment propre à réparer les pertes de l'organisme faites sous l'influence du travail nerveux. »

Sachant combien cette question nous intéressait, notre savant collaborateur Brissemoret rappelait sous le nom de « sirop d'œufs » (*Journal des Praticiens* 1er juin 1901) une formule de Guibourt, connue sous la rubrique « sirop albumineux » et il concluait ainsi : « Le sirop d'œufs ne constipe pas, son emploi est indiqué dans l'anémie, la faiblesse physique, l'épuisement nerveux consécutif au surmenage intellectuel et chez les convalescents. » D'autre part, nous avons rappelé (*Journal des Praticiens*, n° 25, page 394) la pratique des injections hypodermiques de jaunes d'œufs, à titre de médication tonique et reconstituante.

Quoique la médication par les jaunes d'œufs ait le mérite de la simplicité, surtout dans la médecine usuelle, nous ne la recommandons pas, parce qu'elle peut tomber, plus encore que la lécithine, sous l'objection faite par A. Robin et Bardet, à savoir que cette médication est capable d'aboutir à une surproduction d'acide urique. Cette objection est valable pour les jaunes d'œufs employés en nature dans le but d'administrer de la « matière phosphorée », et cela parce qu'ils renferment des nucléines susceptibles d'augmenter la production d'acide urique. Mais l'exactitude de cette objection n'est pas démontrée pour la lécithine dont l'*emploi nous a paru presque toujours suivi d'une diminution de l'acide urique*. En supposant même que je sois tombé sur « une heureuse série », il serait toujours possible d'administrer en même temps des médicaments correctifs, comme les acides benzoïque, quinique, etc., qui ont pour résultat de transformer l'acide urique insoluble en acide hippurique soluble. Les expériences de Weiss (1) le prouvent : On sait que le thymus, à titre de glande très nucléinique, augmente l'acide urique dans des proportions considérables ; or, il n'en est rien quand on fait précéder ou suivre l'emploi par l'acide quinique.

D'autre part, la question de l'augmentation de l'acide urique par les médicaments est chose fort complexe et difficile. Car, si quelques auteurs ont noté, sous l'influence de la médication dont nous parlons, des variations d'acide urique peu inquiétantes (de 0,60 à 1,35), ne sait-on pas que Bunge, en 1890, a trouvé des variations beaucoup plus considérables (0,24 à 1 gr. 39) suivant que l'alimentation est purement végétale ou animale? Enfin, quelle lécithine a-t-on employé? Il y en a d'impures, comme celle dont s'est servi Wildiers (*La Cellule*, 1900) à ce point qu'il a pu infirmer avec elle tous les résultats obtenus de la façon la plus formelle et scientifique, par Danilewsky (de Karkow) dès 1895, par Stocklasa, Selensky, C. Serono, Tonelli, Foa, Mi-

(1) Observation prise par M. Bergouignan, interne du service.
(2) Voir *Journal des Praticiens*, 1901, n° 25 : Jaune d'œuf et lécithine, page 394.

(1) *Berl. Klin. Woch.*, 1899.

Digitized by Google

cheli, Muggia, Desgrez et Aly Zaki, Gilbert et Fournier, Lancereaux et Paulesco, et par nous-même. Au point de vue pratique, la question soulevée n'offre qu'un intérêt relatif; car il est évident qu'en comparaison des résultats obtenus et de l'action thérapeutique, vraiment puissante, de la lécithine (surtout de celle qui est tirée du jaune d'œuf), l'augmentation passagère de l'acide urique fût-elle démontrée, n'offre pas une grande importance.

Cette action thérapeutique est réellement puissante, quand on voit à la suite, même de faibles doses, la lécithine (3 à 6 dragées de 0,05 centigr. par jour; une injection de 0,05 à 0,10 centigr. tous les deux jours) déterminer des augmentations de poids qui se chiffrent par 3 à 5 kilogr. et même 7 kilogr. en un mois, comme Cesare Tonelli en a cité un cas (en 1898), ou encore lorsque l'on constate une augmentation rapide et considérable des globules rouges, un relèvement très marqué des forces. Donc, la médication par la lécithine, qui n'expose à aucun inconvénient sérieux, donne des résultats thérapeutiques « des plus encourageants » comme l'ont dit Gilbert et Fournier à la Société de biologie (février 1901), et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire à ce sujet les conclusions très récentes de Desgrez et Zaki (*Société de biologie*, 15 juin 1901).

« Les lécithines de l'œuf de poule augmentent l'appétit des animaux qui les reçoivent, soit par la voie sous-cutanée, soit par la voie stomacale; il en résulte un accroissement rapide du poids de ces animaux. L'urée, l'azote total urinaire, le *coefficient d'utilisation azotée* se trouvent augmentés, d'une façon constante, par l'administration de cette substance. On observe également une diminution notable de l'acide phosphorique éliminé par les urines. Cet acide phosphorique est-il fixé par l'organisme? C'est un point qui fera de notre part l'objet d'une prochaine communication. »

Telle est, en quelque sorte, la mise au point de cette question thérapeutique. Celle-ci est entrée déjà dans le domaine pratique, et la médication phosphorée a fait, avec l'emploi thérapeutique des lécithines, un très grand pas, puisqu'elle a permis son emploi sous une forme très assimilable et empruntée à l'organisme lui même.

Formulaire du Praticien

Traitement de la vaginite blennorrhagique. — La vaginite blennorrhagique, exceptionnellement primititve est, la plupart du temps, secondaire à une uréthrite ou à une métrite de même nature. C'est donc dire qu'il faudra toujours la rechercher quand se développent soit une uréthrite, soit un vulvite et instituer un traitement prophylactique rationnel.

La vaginite étant installée, il faut pour que le traitement soit efficace déplisser le vagin à l'aide du spéculum afin de pouvoir faire une désinfection soigneuse. Dans les phases aiguës, le fait n'est guère pratique à cause des souffrances très vives provoquées. Aussi, on se contentera d'ordonner des grands bains, des bains de siège narcotiques, des injections émollientes opiacées, des irrigations d'eau bouillie.

On peut, disent MM. Robin et Dalché (*Traitement médical des maladies des femmes*), essayer le protargol en commençant à 2 p. 1000 et arrivant à 1 0/0. Dans beaucoup de cas, il atténue les douleurs et diminue l'œdème vulvo-vaginal (de Beurmann).

La levure de bière peut également être employée, surtout s'il y avait de la leucorrhée antérieure (Landau). La levure de bière est diluée dans de la bière ou du malt, de façon à former un liquide sirupeux. Après avoir placé le spéculum, on injecte avec une seringue ordinaire 10 à 20 cc. au fond du vagin. Un tampon est ensuite mis en place. Les injections sont faites ensuite tous les 2 ou 3 jours.

Murer fait aussi des pansements à la levure tous les jours.

Ce traitement ne fait cependant pas disparaître les gonocoques et il est assez souvent insuffisant.

Lorsque l'on peut appliquer le spéculum, on nettoie les culs-de-sac de la muqueuse avec des tampons de ouate et on y dirige le jet d'une irrigation antiseptique. Les solutions qu'on peut employer sont: le protargol à 1/200, le permanganate de potasse de 1/4000 à 1/1000, le sublimé aux mêmes doses.

Après le lavage, les parois et le col utérin sont séparés les uns des autres par des tampons de gaze stérilisée ou de gaze iodoformée.

Quand la vaginite tend à passer à l'état chronique, on pratiquera des badigeonnages au nitrate d'argent avec une solution variable de 1/100 à 1/30.

Bodenstein se sert de tampons de ouate imbibés de

Ichthyol .... 10 gr.
Glycérine ... 100 —

de façon à dilater toute la cavité des culs-de-sac. Au bout de quelques jours, la muqueuse est dépouillée de son épithélium, de petites hémorrhagies surviennent, faciles à arrêter, puis on touche les parois avec une solution de nitrate d'argent.

On se sert aussi dans ce même but de sachets de tanin de glycérine au tanin, à l'iodoforme (5 0/0 et plus), la résorcine 5 à 10 0/0. Mais, disent MM. Robin et Dalché, le choix du remède garde beaucoup moins d'importance que la méthode et les soins apportés aux pansement répétés. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. — M. Pron (*Th. de Paris 1901*), cherche à expliquer, par les connexions anatomiques existant entre l'estomac et le cerveau (plexus solaire, grand sympathique, moëlle), l'action exercée par l'estomac sur les fonctions psychiques, à l'état de santé, et surtout à l'état de maladie.

Chaque aliment imprimerait au plexus solaire une excitation spéciale, et immédiatement transmise au cerveau, par son contact direct avec la muqueuse gastrique. C'est ainsi qu'après un repas carné, tout le corps éprouve une stimulation et une sensation de vigueur, qui ne se montre pas après l'ingestion de substances végétales. Chaque genre d'aliment stimulera le cerveau d'une façon plus ou moins intense, et aura une influence déterminée sur la nature et le cours des idées et sur les penchants de l'individu. Ce serait là l'origine des différences de caractère que présentent les peuples : les peuples carnivores ont été de tous temps supérieurs aux peuples frugivores, de même qu'il y a entre les animaux herbivores et carnivores une profonde différence de caractère.

Le manque d'aliments, à ses divers degrés, produit des troubles plus ou moins marqués. La faim, qui est un manque d'aliments passager, ne produit chez l'homme sain que des troubles légers, mais chez certains dyspeptiques, la faim amène l'incapacité du moindre travail intellectuel et des changements dans le caractère. Le jeûne, état de l'homme qui n'a pris aucun aliment depuis 24 ou 48 heures, donne lieu à des hallucinations et cauchemars se rapportant à l'acte de manger, et qui, chez les enfants, deviennent un un véritable délire. L'inanition entraîne des troubles psychiques graves et une profonde altération de la conscience se traduisant par une véritable folie.

Les affections gastriques, et particulièrement la dyspepsie entraînent des troubles moraux psychiques variés ; tristesse, mélancolie, irascibilité, émotivité, angoisse, excitation ou froideur génitale, et dans un autre ordre d'idées, des cauchemars, de l'obnubilation intellectuelle, de l'amnésie, des hallucinations, du délire. D'après M. Pron, l'auto intoxication d'origine digestive est insuffisante à expliquer l'apparition et la disparition brusque de ces troubles, essentiellement intermittents et périodiques, et c'est la théorie réflexe qu'il faut invoquer, le point de départ du réflexe étant dans les terminaisons nerveuses de la muqueuse gastrique.

De ces considérations pathogéniques découlent des préceptes thérapeutiques pratiques : pour guérir les troubles psychiques, il faut supprimer leur cause, la dyspepsie. On y arrivera par un régime alimentaire sévère, joint à une hygiène bien entendue. — B. H.

La tension artérielle et son influence sur la circulation lymphatique. — Le courant de la lymphe est assuré par différents mécanismes : le moteur le plus important est la tension artérielle, qui est plus élevée aux racines des vaisseaux lymphatiques ; les moteurs accessoires sont : la tension de filtration qui dépend de la constitution chimique du plasma sanguin ; l'aspiration exercée sur le conduit thoracique par la respiration ; les contractions musculaires, tendineuses et aponévrotiques : et enfin la contractilité propre des parois lymphatiques.

Les médicaments qui agissent sur la tension artérielle doivent donc également accélérer le cours de la lymphe. M. Friedmann vient d'observer un cas qui vient démontrer la justesse de ce raisonnement (*Wiener Klin. Wochenschrift* 1900). Il s'agit d'un homme atteint d'adénie au cours d'une leucocythémie, le tout compliqué d'asystolie. Sous l'influence de la digitale, non seulement les phénomènes d'insuffisance cardiaque disparurent, mais les tumeurs lymphatiques très considérables diminuèrent de volume d'une façon extraordinaire : l'une d'elles qui avait la taille d'une tête d'enfant fut réduite à celle d'une grosse noix. Dans le sang, un nombre considérable de lymphocytes apparut, preuve que la diminution du volume des tumeurs était surtout due à une chasse de lymphe qui entraînait les leucocytes dans le torrent circulatoire. Le rapport des globules rouges et des globules blancs qui avait été comme 178 à 1 avant l'administration de la digitale se modifia à 39 à 1.

Peut-être cette diminution des adénites par les cardio-toniques permettra-t-elle d'enrichir d'une notion nouvelle notre thérapeutique de cette maladie si fréquente et si tenace. Des médicaments moins héroïques que la digitale — le strophantus, le muguet, la spartéine, la strychnine, l'ergot — agiraient peut-être dans le même sens. — Bd.

Modifications respiratoires du rythme cardiaque. — D'une façon générale, les modifications apportées au rythme cardiaque par les mouvements respiratoires peuvent se résumer par la simple constatation de la *raréfaction expiratoire* et l'*accélera-*

Digitized by Google

tion inspiratoire des battements cardiaques et du pouls.

Le mécanisme physiologique du phénomène a été étudié par M. le Dr Francis Spallita (*Archivio di farmacologia e terapeutica,* vol. IX, fasc. I, janv. 1901).

A la suite d'expériences répétées sur les animaux, principalement sur le chien, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° L'accélération des battements cardiaques qu'on observe au moment de l'inspiration est un phénomène nerveux de nature réflexe.

2° La voie centrifuge de ce réflexe est représentée par les nerfs vagues, la voie centripète par les nerfs du sens musculaire.

3° Des muscles inspirateurs, quand ils entrent en contraction, partent des excitations, d'où résulte l'inhibition de l'action tonique des vagues, d'où l'accélération des battements cardiaques.

4° Ce phénomène, outre qu'il sert à la régularisation de la pression sanguine, a encore l'avantage de fournir rapidement aux muscles la provision nutritive qu'ils ont consommé pour leur travail antérieur. — H. G.

PATHOGÉNIE

Le rôle des bases alloxuriques dans la production des altérations cardio-vasculaires. — Les bases alloxuriques (xanthine, hypoxanthine, adénine, guanine) peuvent produire des lésions anatomiques du rein — dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubuli contorti, prolifération des cellules endothéliales des artères intertubulaires — que l'auteur a fait connaître dans des publications antérieures (Croftan *Am. J. of. M. sc.* nov. 1900).

Cette action nocive sur l'endartère des artères tubulaires s'exerce-t-elle aussi sur les autres artères et sur le cœur et les bases alloxuriques, jouent-elles un rôle dans l'étiologie des altérations cardio-vasculaires des néphrites chroniques ? Tel est le but des expériences suivantes : elles ont consisté à injecter chaque jour, à dix lapins, un centimètre cube d'une solution aqueuse et légèrement alcaline de xanthine au titre de 0 gr. 05 — 0 gr. 50 pour 100, et d'une solution semblable d'hypoxanthine au titre de 0 gr. 20 à 0 gr. 70 pour 100, pendant un temps variant de un à six mois.

Les conclusions les plus intéressantes sont les suivantes :

La xanthine et l'hypoxanthine sont capables de produire des lésions de l'endartère et d'augmenter la tension artérielle,

La présence des altérations de l'endartère (prolifération endothéliale, athérome avec légère hypertrophie de la couche musculaire) et l'absence d'altération de l'endocarde semblent indiquer que les bases alloxuriques exercent premièrement leur action sur les artères et y déterminent un état de spasme qui augmente le travail du cœur. Il en résulte une hypertrophie du ventricule gauche.

L'hypertrophie du ventricule droit ne survient qu'ensuite, elle est probablement due à l'accroissement de la circulation coronarienne consécutive à l'hypertrophie du ventricule gauche.

Les bases alloxuriques — et non pas l'acide urique qui est sans action sur les vaisseaux et le cœur — jouent un rôle important dans la production des altérations cardio-vasculaires qu'on rencontre dans les néphrites ; elles peuvent même déterminer à la fois des lésions cardio-vasculaires et la néphrite comme dans la goutte. — E. B.

La pathogénie de l'appendicite. — La pathologie, la symptomatologie, le traitement de l'appendicite ont été mises au point par de nombreuses discussions. Il n'en est pas de même pour la pathogénie. Depuis la communication de M. Ferrand incriminant la grippe, aucun appoint nouveau n'a été ajouté à cette question. Or, M. Kretz, prosecteur de l'hôpital François-Joseph, de Vienne, a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux individus morts d'appendicite aiguë et il a trouvé chez les deux sujets une amygdalite à streptocoques, non diagnostiquée pendant la vie, et — chose curieuse — l'appendicite était streptococcique. Il est difficile d'admettre une coïncidence, quand on réfléchit à la rareté du streptocoque. Il est difficile d'admettre une coïncidence, quand on réfléchit à la rareté du streptocoque dans le tube digestif. Dans l'amygdale de l'un des deux sujets, Kretz trouva à côté du streptocoque quelques rares bacilles de la grippe, qui avait préparé le terrain de l'infection streptococcique (*Wiener Klin. Wochenschrift,* 1900.)

Kretz admet une infection de l'intestin par déglutition de la matière septique d'origine amygdalienne. Ce point spécial de la question mérite d'être étudié à nouveau, car on pourrait également incriminer la voie sanguine ; dans ce cas on serait en présence d'une pyémie cryptogénétique, et la pathogénie de ces appendicites serait à rapprocher de celle des endocardites infectieuses d'origine amygdalienne. Bien entendu le nez, le pharynx, les sinus pourraient également servir de point de départ à l'infection, et le microbe pourrait être d'un autre genre que le streptocoque, par exemple un staphylocoque ou un pneumocoque. — B. D.

Digitized by Google

L'influence de la mastication sur la sécrétion du suc gastrique. — Dès 1878, Ch. Richet a observé sur une malade atteinte d'occlusion œsophagienne et gastrotomisée, que la mastication excitait la sécrétion du suc gastrique. Pawlow, Schülle, Troller, ont contrôlé ce fait par différents procédés cliniques et expérimentaux. MM. Schreuer et A. Riegel viennent de faire des recherches sur le même phénomène de la façon suivante, séduisante par sa simplicité. On donne à la même personne un repas d'épreuve tantôt par la sonde, tantôt par la voie buccale ; au bout d'une heure on tube la personne et on fait le dosage de l'acide chlorhydrique. Or, voici les conclusions d'une série de recherches de ce genre *(Zeitschrift. f. diet. u. physik. Therap.)*. Après l'ingestion d'hydrates de carbone, la suppression de la mastication amène une diminution de la chlorhydrie. Quand on ingère des albuminoïdes (œufs durs, viande) l'estomac normal et l'estomac hyperchlorhydrique peuvent compenser au bout d'un certain temps le déficit d'acide chlorhydrique ; l'estomac hypochlorhydrique n'arrive pas à cette compensation, et l'analyse donne toujours des chiffres d'HCl inférieurs dans le repas introduit par la sonde que dans celui qui a été mangé et mastiqué.

Voici peut-être la raison pour laquelle certaines personnes affligées d'une mauvaise dentition digèrent mal, même quand elles n'ingèrent que des aliments hachés ou réduits en purée. — B. .D

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Oscillations et relations des albuminuries. — On a beaucoup discuté sur le mode de production de certaines albuminuries cycliques, observées chez des jeunes gens relativement bien portants. Ces albuminuries sont influencées par la station debout, l'exercice, l'alimentation ; en changeant l'heure du lever ou des repas, on déplace les maxima de l'albuminurie. Cependant, il n'y a pas un parallélisme absolu entre l'alimentation et l'exercice d'une part, et la quantité de l'albuminurie, d'autre part.

M. Charrin (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, 15 janvier 1901) pense qu'il y a une relation entre les oscillations de ces albuminuries et les variations quotidiennement réalisées dans les échanges généraux de l'organisme.

Si on établit les courbes comparées de l'albuminurie, de la toxicité urinaire, de la concentration moléculaire (cryoscopie) de l'urine, de la température de l'urine, de la température rectale, de la pression artérielle et de l'absorption respiratoire de l'oxygène, on voit que ces courbes concordent entre elles.

Il existe donc des rapports entre l'élimination de l'albumine et l'activité organique appréciée à l'aide de la chaleur centrale ou périphérique, de la température de l'urine, de l'oxygène utilisé ou de la toxicité urinaire.

Si, à certains moments de la journée, le rein fonctionne plus activement, entraînant au dehors une plus grande proportion des substances qu'il doit soustraire au sang, cela tient à ce que, aux mêmes moments, les échanges organiques sont augmentés, la désassimilation est exagérée.

Ainsi l'albuminurie intermittente cyclique, syndrome décrit par Pavy, a pour cause primordiale, non un simple trouble fonctionnel du rein, mais un trouble général de la nutrition. C'est donc à la nutrition elle-même, et non à l'état du rein qu'il faudra s'adresser dans le traitement de l'albuminurie intermittente cyclique. — E. L. M.

La réaction de Haycraft pour la recherche des acides biliaires. — Haycraft a fait connaître un procédé très pratique pour s'assurer de la présence des acides biliaires dans l'urine. Sur la surface de l'urine contenue dans un verre à expérience, on verse un peu de soufre en fleurs. Si l'urine contient des acides biliaires, le soufre va immédiatement au fond du verre, sinon le soufre reste à la surface et ne va que partiellement et très lentement au fond.

H. Frenkel et J. Cluzet (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 15 janvier 1901) ont repris l'étude de cette réaction. Elle est très sensible (une solution de bile au 100,000e dans l'eau la produit encore) et peut être comparée aux meilleurs procédés connus pour déceler les acides biliaires (procédé de Pettenkofer, modification de Strassburg, etc.) ; toutefois, elle n'est pas aussi caractéristique, c'est une réaction d'orientation, et non une réaction pathognomonique.

En effet, un certain nombre de substances, autres que la bile, peuvent produire cette réaction : l'acide acétique, l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'essence de térébenthine, la benzine et ses dérivés, le phénol et ses dérivés, l'aniline, les savons, etc. Pour que la réaction de Haycraft ait une valeur diagnostique, il faut être certain qu'aucune des substances énumérées ne peut exister dans l'urine essayée.

Ce procédé est d'une très grande utilité, car les substances qui pourraient induire en erreur se rencontrent bien rarement dans l'urine. D'autre part, il existe des urines notoirement ictériques dans lesquelles la réaction de Gmelin est négative ou douteuse, la réaction de Pettenkofer indécise, et où le procédé du soufre donne une réponse positive.

Appliqué à la recherche des acides biliaires dans

Digitized by Google

les vomissements ou les selles, il ne donne pas de bons résultats, parce que ces produits contiennent toujours des substances capables de faire tomber le soufre.

L'explication de la réaction de Haycraft est donnée par des différences de tensions superficielles : suivant que le liquide considéré à une tension superficielle plus grande ou plus petite que 50 dynes environ par centimètre, la fleur de soufre reste à la surface ou tombe au fond du liquide.

La poudre de lycopode permet de caractériser les tensions superficielles des liquides voisines de 30 dynes par centimètre ; il est probable que l'on pourrait avec d'autres poudres, caractériser par des phénomènes analogues, un certain nombre d'autres valeurs de la tension superficielle. — E. L. M.

HYGIÈNE

La toux des vaches tuberculeuses et la contagion de la tuberculose. — La dissémination de la tuberculose s'effectue surtout par l'inhalation des crachats tuberculeux desséchés, pulvérulents, et mis en circulation par le balayage à sec, les courants d'air...

Elle peut encore, quoique rarement, être réalisée par l'inhalation de particules très ténues de crachats tuberculeux que la toux divise et projette en même temps (expériences de Flugge).

M. Ravenel a essagé de déterminer expérimentalement si les vaches tuberculeuses projettent en toussant des particules bacillifères et résolu ce problème d'une manière élégante (*University medic. magazine*, novembre 1900).

Près du fond d'une muselière ordinaire, il fixe une tablette de bois, stérilisée à la chaleur humide. La muselière étant placée sur le nez d'une vache tuberculeuse, les plus petites particules projetées par la toux se fixent sur la tablette où on peut les recueillir, à l'œil nu ou à la loupe, à l'aide d'un fil de platine stérilisé pour en faire l'examen microscopique.

Par cette méthode, Ravenel a découvert des bacilles provenant des sécrétions bronchiques chez toutes les vaches soumises à l'expérience. C'était la démonstration expérimentale de ce fait que, comme les hommes, les vaches atteintes de tuberculose pulmonaire pulvérisent, en toussant, leurs crachats et les projettent en particules très ténues qui peuvent flotter longtemps dans l'air et devenir une source de contagion.

En pratique, le danger d'infection humaine par la toux des vaches tuberculeuses est limité aux personnes qui vivent en contact avec ces animaux, mais ce danger existe sans doute pour tous les animaux de la même étable.

Ajoutons toutefois que ces particules reconnues macroscopiquement bacillifères et virulentes par l'inoculation aux cobayes, n'ont pas contagionné des cobayes placés, grâce à un dispositif spécial de la muselière, de manière à respirer pendant des heures l'haleine des vaches à sécrétions bronchiques bacillifères. — E. B.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les abcès calcifiés du testicule. — Le testicule, comme la plupart des autres organes de l'économie, subit parfois le processus de la calcification. Le siège de formation des concrétions calcaires est très variable ; l'épididyme est le plus fréquemment atteint, mais la vaginale présente fréquemment aussi des concrétions calcaires dues à des maladies infiammatoires. Les incrustations calcaires sont plus rares dans le testicule proprement dit et au niveau du cordon, ainsi que le fait remarquer le Dr F. Jean dans sa thèse (Montpellier, 1900).

Toute affection chronique de la vaginale peut occasionner sa transformation en tissu cartilaginiforme avec dépôts calcaires.

Pour l'épididyme, la calcification peut-elle se produire dans une lésion inflammatoire ou microbienne autrement que dans les tubercules. Les infarctus, les hématomes peuvent, de même que les exsudats de la vaginale, provoquer une infiltration calcaire dans leur évolution regressive ; mais la tuberculose est la lésion nécrobiotique la plus fréquente qui se termine par des indurations calcaires de l'épididyme.

Dans le testicule, l'incrustation calcaire survient à la suite de traumatisme, blennorrhagie chronique, maladies infectieuses, point de départ d'orchites qui peuvent occasionner des suppurations aiguës ou évoluer d'une façon chronique, suppurée ou non ; le plus souvent, c'est à la suite de tubercules caséifiés que se produit le processus de calcification.

La calcification serait un mode de terminaison assez fréquent de la tuberculose génitale.

Enfin, les tumeurs des testicules peuvent subir cette transformation calcaire.

Toutes ces concrétions calcaires, d'origine inflammatoire, tuberculeuse ou néoplasique, ont une constitution chimique semblable ; elles sont composées de sels de chaux et de matières inorganiques.

Quant à leur évolution, elle peut rester latente, ou bien aller vers la guérison en s'éliminant après avoir déterminé une inflammation suppurative, ou encore être le point de départ de lésions tubercu-

Digitized by Google

leuses surajoutées, devenant alors un lieu de moindre résistance.

Le diagnostic est difficile, puisqu'il existe des abcès chroniques à évolution clinique semblable à celle de la tuberculose, et qu'on ne peut distinguer que par l'examen bactériologique.

Ce diagnostic est important, car le pronostic de ces lésions deviendra alors bénin. Les suppurations qui se produisent autour des foyers tuberculeux calcifiés prouvent, en effet, que la lésion n'est pas complètement éteinte ou qu'il y a eu réinfection.

La thérapeutique sera moins interventionniste encore que dans les cas de tuberculose ; le plus souvent expectante, elle interviendra pour exciser la tumeur calcifiée, de façon à laisser un testicule qui ne sera pourtant plus qu'un testicule moral, ou bien l'intervention sera plus radicale et l'on fera la castration. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La médication cacodylique dans la tuberculose. — M. A. Gautier. La méthode consiste à injecter chaque jour aux malades sous la peau 0 gr. 025 à 0 gr. 10 de cacodylate durant 7 jours, à les laisser se reposer le même laps de temps, à reprendre les injections le 3e septenaire, repos le 4e et ainsi de suite, tant qu'il est nécessaire. A ces doses, aucun phénomène d'intoxication n'a jamais été observé. En même temps, les malades reçoivent quotidiennement 0 gr. 05 d'iodure de potassium et un ensemble de sels reminéralisateurs contenant surtout des phosphates de chaux et de magnésie. L'alimentation doit être aussi riche que possible en phosphore et en fer organique : pain, lait, jaunes d'œufs, légumes secs et verts, poisson, chair musculaire, cervelle, ris de veau, moelle osseuse, fruits rouges, cacao et viande crue, vin rouge.

De l'ensemble de ces observations, M. Gautier conclut que les cacodylates guérissent dans beaucoup de cas la tuberculose pulmonaire ou viscérale, même très avancée. Presque toujours, ils arrêtent tout au moins l'évolution rapide de cette maladie, non pas seulement au début, mais lorsqu'elle est confirmée, généralisée, qu'elle soit d'ailleurs fébrile ou non.

Mais ce n'est pas en 2 ou 3 mois qu'il faut espérer voir disparaître, grâce à cette médication, des désordres réputés jusqu'ici à peu près sans remède. Plusieurs trimestres sont souvent nécessaires pour obtenir ce résultat.

Toutes les tuberculoses ne sont pas également accessibles à ce traitement : la forme laryngée s'y montre complètement rebelle.

Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez et de la gorge. — M. Rendu analyse un mémoire de M. Martin du Magny, consacré à démontrer que des congestions pulmonaires et des broncho-pneumonies sont fréquemment le résultat de la propagation directe d'une inflammation naso-pharyngienne.

La cause initiale de ces phlegmasies broncho-pulmonaires est un écoulement purulent qui prend sa source dans le nez, les sinus frontaux ou maxillaires, l'oreille et le pharynx. L'ensemencement direct de cet écoulement crée la maladie pulmonaire, dont le microbe pathogène reproduit identiquement celui de la suppuration nasale.

Cliniquement, la maladie affecte des allures variables. Tantôt, il est possible de suivre la filiation directe et la migration de l'angine infectieuse, depuis le coryza initial jusqu'à la bronchite, en passant par la laryngite, la trachite; en ce cas, les symptômes prémonitoires sont une sensation de strangulation pharyngée, une toux sèche et de la raucité de la voix.

Plus souvent, les étapes intermédiaires disparaissent et d'emblée éclatent les manifestations broncho-pulmonaires dont la filiation avec la suppuration nasale cesse d'être évidente. Il s'ensuit que l'on s'attache à la lésion apparente du poumon, sans en dépister la cause, et que la thérapeutique reste infructueuse, tant que l'on atteint pas l'origine du mal.

Le syndrome pulmonaire est très variable, et l'on rencontre toutes les formes possibles, depuis la toux quinteuse, coqueluchoïde asthmatiforme, jusqu'aux symptômes de la congestion pulmonaire, de la pneumonie lobaire et de la broncho-pneumonie.

Le diagnostic étiologique repose sur la constatation de deux faits. En premier lieu, on note la présence, dans les voies aériennes supérieures, d'un foyer de suppuration qui occupe le nez, l'oreille ou les sinus frontaux ou maxillaires ; presque toujours ce foyer se révèle par une traînée purulente qui descend le long du pharynx et se voit à l'inspection de la gorge. En second lieu, la culture des sécrétions naso-pharyngiennes, et celles des crachats broncho-pulmonaires, fournissent des résultats comparables : présence d'un microbe pyogène et absence du bacille tuberculeux ou autre. — (2 *juillet*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Emploi thérapeutique de la gastérine. — M. Mathieu. Cette préparation amène souvent une amélioration considérable de la digestion chez les dyspeptiques hypochlorhydriques plus ou moins neurasthéniques.

Sous son influence, on voit les troubles digestifs disparaître complètement, l'appétit réapparaître, l'amaigrissement s'arrêter, les forces physiques et morales revenir. Même dans le cancer de l'estomac, la gastérine, si elle est bien tolérée, peut produire une amélioration momentanée des accidents dyspeptiques.

M. Soupault. Il est intéressant de noter que, dans les diarrhées chroniques par insuffisance du suc gastrique, on obtient des ré-

Digitized by Google

sultats aussi bons avec l'acide chlorhydrique qu'avec la gastérine de Fremont.

M. Soupault emploie la formule suivante :

HCl du Codex.....	6 à 8 grammes.
Sirop de limons.....	150 grammes.
Eau distillée.....	q. s. pour 1 litre

Il fait boire un grand verre de cette limonade dans le courant du repas.

Deux à trois jours, après l'usage de ce médicament, les selles redeviennent normales.

Sur 10 malades ainsi traités, il n'a pas rencontré un seul échec.

Communication interauriculaire, rétrécissement mitral et aplasie artérielle d'origine congénitale. — MM. Huchard et Bergouignan. Femme de trente-quatre ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Delpech, le 29 mars 1901. Deux ans auparavant, la malade avait déjà été soignée dans le même service, et voici l'observation que l'on avait prise alors.

Père mort d'une pneumonie, mère petite, faible; sœur atteinte d'une affection cardiaque.

La malade a eu des convulsions à deux ans, la grippe en 1889, la scarlatine en 1895, une pneumonie en 1897. Pas de rhumatismes ni d'antécédents spécifiques. Elle s'est développée très lentement, et a toujours été d'une grande faiblesse. *Réglée à vingt-quatre ans*; et depuis, les règles viennent irrégulièrement ; à chaque époque menstruelle, elle est prise d'étouffements qui viennent spontanément, sans effort. Depuis son enfance, elle n'a jamais pu courir, jouer, ou donner un effort soutenu.

Œdème des membres inférieurs après la scarlatine et après la pneumonie. De temps en temps, céphalalgie.

La malade est d'aspect infantile. Le visage, les membres graciles et petits, le torse très peu développé, la petitesse de la taille, lui donnent l'apparence d'une enfant de treize ans. Le pubis est glabre.

Oppression très fréquente, presque continue. Toux et crachats nummulaires. Du reste, l'examen des poumons révèle au sommet droit de la matité avec inspiration rude, expiration prolongée, et quelques râles sous-crépitants. Bacilles de Koch dans les crachats. Urines assez abondantes, ne renfermant pas d'albumine.

Le cœur est augmenté de volume dans le sens transversal. L'impulsion cardiaque est énergique. A l'auscultation, on entend à gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal, un souffle systolique, granuleux, très intense, se propageant peu, et, au même siège, un retentissement diastolique considérable. Vers la pointe, on entend un roulement présystolique. Légère cyanose du visage et des extrémités.

Ces différents signes, joints à l'aspect infantile de la malade et à la connaissance des antécédents, indiquaient nettement une lésion congénitale du cœur. Mais la nature de la lésion fut très discutée. On admit généralement l'existence d'un rétrecissement de l'artère pulmonaire, en raison du siège du souffle systolique. Cependant le retentissement diastolique signalé plus haut, indice de l'hypertension sanguine dans l'artère pulmonaire, ne concordait pas avec l'hypothèse d'un rétrécissement de cette artère. Il s'expliquait bien mieux en admettant, comme le fit M. Huchard, un rétrécissement mitral congénital, à cause du roulement présystolique à la pointe. Quant au souffle systolique de la base du cœur, il nous semblait indiquer une communication interauriculaire congénitale, surtout en raison des phénomènes de cyanose.

La malade entra de nouveau dans notre service, cette année. Son état s'était très aggravé. Les urines étaient rares, fortement albumineuses. Œdème des membres inférieures. Cyanose très évidente du visage et des extrémités. Oppression intense et continue. Cette fois, l'auscultation du cœur révélait, en plus des signes observés antérieurement, un bruit de galop très caractéristique à la pointe. Ventouses scarifiées, saignée, sérum artificiel, oxygène, ne purent améliorer cet état d'urémie, qui emporta la malade quinze jours après son entrée.

L'autopsie montra un cœur volumineux très développé transversalement. Ce cœur est surtout un cœur droit; le ventricule gauche en effet, très petit, rétracté, est pour ainsi dire entouré par le ventricule droit, très hypertrophié, et dont la cavité présente un volume considérable; l'oreillette droite présente les mêmes caractères que le ventricule correspondant; l'oreillette gauche est un peu dilatée. La cloison interauriculaire n'existe pas : à sa place, se trouve un large orifice circulaire, de 4 à 5 centimètres de diamètre, dont le bord est formé par une légère crête finement perforée par places, rudiment du septum normal.

L'orifice mitral très rétréci, admet à peine un doigt, il n'est pas insuffisant. La grande valve de la mitrale est épaissie et indurée. L'orifice aortique ne présente pas non plus d'insuffisance, mais il admet à peine l'index, et l'aorte, au-dessus, a le même calibre.

La valvule tricuspide est insuffisante et dilatée : elle admet quatre doigts. Les valves, comme celles de la mitrale, sont épaissies et indurées. Pas d'insuffisance de l'orifice pulmonaire, qui est cependant très large et admet facilement deux doigts.

La paroi des ventricules offre en général des lésions macroscopiques de myocardite scléreuse.

Les poumons sont congestionnés, œdémateux, laissant écouler à la coupe une sérosité spumeuse et fauve. Au sommet droit, quelques adhérences pleurales et quelques petits tubercules.

Les reins sont petits, atrophiés, rouges, durs à la coupe. La substance corticale n'existe plus.

Le foie présente une cirrhose cardiaque des plus évidentes.

Il s'agit donc ici d'un cas de malformation congénitale à la fois du cœur et du système aortique. Cette aplasie artérielle aortique commençait à la valvule mitrale rétrécie et se continuait par le ventricule gauche, l'orifice aortique et l'aorte atrophiés. Par compensation, tout le système pulmonaire, ventricule et artère était hypertrophié et dilaté. Le ventricule droit, notamment, avait à effectuer à lui seul presque tout le travail du cœur, en raison de la communication interauriculaire et du rétrécissement des orifices gauches.

Enfin, il est intéressant de noter que la malade, arrivée à l'âge de 34 ans, est morte non par le cœur, mais par le rein, et succomba au milieu d'accidents urémiques. C'est là d'ailleurs la fin habituelle des malades atteints d'aplasie artérielle, de *chlorosis aortica*. Remarquons aussi le peu d'importance des lésions tuberculeuses du poumon, qui auraient pris le premier rang parmi les causes de mort, dans le cas de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Cancer primitif des grosses bronches. — M. Merklen rapporte une observation reproduisant exactement les symptômes du cancer primitif des grosses bronches ; voici

Digitized by Google

en quoi ils consistent : début par de la dyspnée et de la toux, bientôt accompagnée d'enrouement ; expectoration sanglante également précoce et, un peu plus tard, crises de suffocation avec quintes de toux, cornage et tirage. Le diagnostic de rétrécissement du larynx ou de la trachée se présente alors à l'esprit, mais on note simultanément des signes de compression dans le médiastin (dysphagie) et surtout des signes pulmonaires du côté qui correspond à la bronche malade. Ceux-ci ont une importance particulière, parce qu'ils traduisent, d'une part, l'obstruction bronchique, d'où l'imperméabilité à l'air de la plus grande partie du poumon (silence respiratoire), et l'accumulation de mucosités dans certaines bronches dilatées au-dessus de la tumeur primitive qui, le plus souvent, se complique de bronchite (gros râles bulleux) ; d'autre part, l'infiltration du parenchyme pulmonaire par des noyaux cancéreux secondaires, et, le plus souvent, l'épaississement scléreux de la plèvre (matité avec ou sans exagération des vibrations vocales).

La mort subite dans un accès de suffocation est la terminaison la plus commune de la maladie.

Hémorrhagie intestinale mortelle dans l'urémie. — M. Souques. Il s'agit d'un cas d'urémie au cours d'une néphrite chronique, terminé rapidement et à l'improviste par une hémorrhagie intestinale abondante. Le sang n'eut pas le temps de se faire jour à l'extérieur ; la cause de la mort ne fut révélée que par l'autopsie. — (28 *juin*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Kyste hydatique de la région massetérine gauche. — M. Juvara, de Bucarest. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui avait la joue gauche déformée par une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur ronde, fluctuante, occupant la région du masséter, était immobilisée par la contraction de ce muscle. Sous l'anesthésie cocaïnique locale, M. Juvara découvrit le kyste par une incision transversale, l'ouvrit, enleva la membrane germinative. Puis, ayant constaté que la membrane adventice enfouie dans l'épaisseur du masséter n'en pouvait être que difficilement séparée, il la ferma avec un catgut et sutura la peau sans drainer. Guérison par première intention.

Ce résultat montre que la membrane adventice s'est résorbée, et vient une fois de plus prouver l'excellence de la méthode de Delbet.

Tétanos traité et guéri par les injections intra-cérébrales de sérum antitoxique. — M. Letoux, de Vannes. Il s'agit d'un homme de 26 ans, qui reçut, le 17 février, à bout portant, un coup de feu dans le pied droit. Il entre à l'hôpital le jour même, et M. Letoux fait aussitôt le nettoyage de la plaie qu'il recouvre d'un pansement antiseptique. Suites normales, sans température ; mais au onzième jour, le 28 février au matin, le blessé présente les premiers symptômes du tétanos. A 4 heures du soir, M. Letoux injecte dans chaque hémisphère cérébral 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Pendant quelques jours encore le malade présenta les symptômes d'infection tétanique du début ; mais ces symptômes ne s'accentuèrent point et il n'en apparut point d'autres. Bientôt même, au sixième jour, ces symptômes commencèrent à s'amender, le 23 mars, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Le 2 mars, il avait subi l'amputation du troisième orteil, dans lequel on trouva un morceau de bois, fragment de sabot, long de 2 centimètres et de la grosseur d'une plume d'oie.

Rupture traumatique de la rate. — M. Guinard analyse deux observations de rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval dans la région thoracique inférieure gauche, suivies de signes d'hémorrhagie interne grave. Dans les deux cas, l'un de M. Mauclaire, l'autre de M. Véron, d'Alger, l'extirpation de la rate déchirée fut faite le deuxième jour après l'accident ; le malade de M. Mauclaire guérit, le second succomba le 10e jour après l'opération. (*26 juin*).

ACTUALITÉ

Voyages d'études médicales aux eaux minérales
(Septembre 1901)

L'organisateur très dévoué de ces voyages, M. le Dr Carron de la Carrière, nous signale deux oublis dans notre article du dernier numéro du *Journal des Praticiens* sur ces « voyages d'études médicales » (no 27, page 431). Nous nous empressons de les réparer.

1° Les inscriptions pour la participation à ces voyages *sont reçues jusqu'au 15 août 1901*, **terme de rigueur.**

2° Comme les années précédentes, c'est M. le Dr Landouzy — et non un autre membre du Comité de patronage — qui fera sur place des « conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications. »

Enfin, nous rappelons que, sont seuls admis à ce voyage (stations du Dauphiné et de la Savoie), *les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine ; les femmes des médecins accompagnant leur mari.*

Nous insistons, une fois de plus, pour prier nos lecteurs de se faire inscrire en très grand nombre, le plus tôt possible. Ils sont naturellement attirés vers ce beau voyage, par les sites superbes qu'ils y verront, par les stations qu'ils pourront étudier et par les explications intéressantes qui leur seront données sur place. — H. Huchard.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants Malades. — G. Variot.

Diagnostic de la Scarlatine

Nous allons nous entretenir aujourd'hui d'une maladie que vous ne rencontrez pas dans nos salles communes et que nous isolons avec grand soin dans un pavillon spécial : je vais vous parler du diagnostic de la scarlatine. Pour cette année, je suis chargé d'assurer le service de ce pavillon d'isolement, et vous pourrez y venir par petits groupes, après avoir endossé les blouses stérilisées et en prenant les précautions usuelles pour l'asepsie des mains en quittant ces salles de contagieux. Vous verrez que nos malades sont très convenablement hospitalisés dans des salles bien claires, bien chauffées et très salubres ; nous avons enfin obtenu que l'isolement des contagieux dans notre vieil hôpital des Enfants fut réalisé, grâce à la construction et à l'aménagement de pavillons spéciaux pour la scarlatine, la rougeole, la diphtérie et la coqueluche. La section des malades douteux ne laisse non plus rien à désirer.

La rougeole peut être soupçonnée, avec quelque probabilité, à la *période d'invasion*, à cause des phénomènes plus ou moins prolongés du catarrhe précurseur; il n'en est pas de même de la scarlatine, dont le début est soudain, l'invasion très rapide; seule l'apparition de l'érythème venant s'adjoindre à la fièvre et à l'angine préexistante annonce la maladie avec quelque certitude.

Un enfant, bien portant jusque-là, est pris brusquement d'une fièvre vive avec température de 39 à 40° ; il vomit généralement une ou deux fois, est abattu, se plaint de douleurs dans les membres et, presque en même temps souffre d'une dysphagie plus ou moins pénible.

Le médecin appelé ne manquera pas d'examiner tout de suite la gorge ; mais les premières 24 heures tout au moins il ne trouvera que les manifestations d'une pharyngite banale : rougeur plus ou moins vive du pharynx et de l'isthme du gosier, gonflement des amygdales avec exsudats cryptiques ou opalescences plus ou moins étendues, légère adénopathie sous-maxillaire. Vainement il rechercherait l'éruption pharyngée *miliaire*, que Lasègue croyait avoir observée, chez l'adulte, avant l'éruption cutanée.

Ces constatations sont insuffisantes pour établir le diagnostic à ce moment ; la tonsillite lacunaire, les angines pultacées, catarrhales, certaines diphtéries ne débutent guère autrement que la scarlatine. Il faudra donc examiner soigneusement la peau; s'il n'y a pas encore d'exanthème apparent on restera dans l'expectative, car il serait imprudent de se prononcer. L'angine de la scarlatine, surtout au début, est polymorphe dans ces manifestations, on ne peut pas dire qu'elle ait des caractères bien typiques qui lui appartiennent en propre; elle ne prendra sa vraie signification pour le clinicien que par sa coïncidence avec l'érythème qui surviendra après 24 ou 36 heures en général. L'incertitude ne sera donc pas de longue durée dans la grande majorité des cas ; cependant il arrive parfois que l'éruption soit retardée jusqu'au troisième et même jusqu'au quatrième jour, et ne suive que tardivement l'hyperthermie et l'angine. La période de doute sera ainsi forcément prolongée.

Les médecins d'enfants cherchent à poser le diagnostic de scarlatine au moment des accidents angineux, et à prévoir l'érythème ; mais les déceptions ne sont pas rares, si l'on est trop affirmatif, et combien de scarlatines annoncées trop tôt ont obligé le clinicien pressé à battre en retraite.

Quelques circonstances peuvent augmenter les chances du diagnostic précoce, et en particulier les épidémies sévissant dans les familles, dans les collèges, dans les casernes ou dans les salles d'hôpitaux.

Si l'enfant pris subitement de fièvre et d'angine a été placé dans un milieu scarlatineux, il devient probable qu'il aura été contaminé et, en s'appuyant sur ces notions étiologiques, on pourra sans trop se compromettre, annoncer la scarlatine 12 ou 24 heures à l'avance.

Dès qu'un enfant est suspect de scarlatine il doit être isolé; cet isolement est relativement plus aisé que dans la rougeole, car la période d'invasion est beaucoup plus courte et les petits malades très fébricitants, sont abattus et ne demandent qu'à garder le lit en général.

Période d'éruption. — Dans la scarlatine normale, de moyenne intensité, la plus fréquente, on relève une *triade symptomatique*, qui ne peut guère laisser méconnaître la maladie.

L'association de la fièvre, de l'angine et de l'érythème apparaissant après 24 ou 36 heures, forme un tableau clinique complet dont les caractères sont bien spéciaux.

Les auteurs anciens insistaient beaucoup sur les scarlatines sans éruption; on rencontrait, disait-on, des fièvres angineuses suivies ultérieurement de néphrite et même de desquamation de la peau. Mais l'observation clinique était-elle bien rigoureuse ? et ne classait-on pas dans la scarlatine sans éruption des cas où l'exanthème fugace ou léger avait passé inaperçu ?

Si de tels faits existent réellement, ils sont d'une rareté extrême et ne doivent pas jeter le trouble dans l'esprit du médecin.

Digitized by Google

Qu'adviendrait-il si tous les malades atteints d'angine fébrile sans éruption devaient être suspectés de scarlatine? Il faudrait les isoler, les condamner à une séquestration prolongée, etc.

Au point de vue pratique, l'exanthème reste le sceau de la maladie, il faudra donc s'attacher à en découvrir les premières manifestations, à préciser ses caractères typiques, sa topographie, etc.

C'est d'ordinaire aux aines, sur la paroi abdominale et le haut des cuisses, sur les côtés du thorax et aux aisselles qu'on aperçoit la première efflorescence de l'érythème scarlatineux. Avec une bonne lumière solaire, il faut peu compter sur la lumière artificielle pour l'examen du début, on voit que la peau dans ces régions offre une teinte rosée diffuse qu'elle n'a pas encore dans les autres parties des téguments.

Dès lors, si l'on applique la main sur la peau, les doigts écartés, on marque des empreintes distinctes blanches qui se détachent momentanément sur le fond rosé. 12 ou 15 heures plus tard l'érythème est bien plus marqué, plus étendu et plus confluent, il recouvre presque toute la surface du tronc et des membres, il envahit même le visage mais secondairement, tandis que dans la rougeole l'éruption faciale se montre la première.

A ce moment, l'exanthème est vraiment caractéristique: il est constitué par un semis, un pointillé rouge assez serré dont la fusion à distance donne à la rétine une apparence de rougeur diffuse ; en examinant à la loupe ce pointillé, on voit qu'il se compose de très légères élevures de la peau qui ne sont pas toujours perceptibles au toucher ; dans l'intervalle des pointillés la peau est d'un rose moins foncé.

La diffusion de l'érythème scarlatin sur de vastes surfaces, sans qu'il y ait à proprement parler de peau saine entre les éléments éruptifs, permet de distinguer à première vue la scarlatine de la rougeole ; mais il existe des érythèmes scarlatiniformes dont le diagnostic différentiel est plus délicat.

Les érythèmes produits par l'action de certains médicaments offrent parfois de grandes analogies avec l'éruption de la scarlatine. Le chloral, l'antipyrine peuvent être en cause et l'on ne manquera pas de demander à la famille si le petit malade a pris des médicaments. L'iodoforme employé fréquemment dans la chirurgie infantile détermine des érythèmes très étendus, éloignés du pansement ; il est d'autant plus important de reconnaître la nature de ces érythèmes que les opérés ont une assez grande tendance à contracterla scarlatine, au point que l'on a décrit une scarlatine chirurgicale. On admet maintenant que cette prédisposition des opérés à la scarlatine est plutôt due au choc opératoire, à la dépression consécutive, qu'à la pénétration des germes par la plaie. Les aliments gâtés et surtout le poisson de mer avarié produisent des éruptions polymorphes en général, mais qui prennent aussi le type scarlatiniforme. Il en est de même du lait concentré ou de certaines mixtures malsaines pour les nourrissons : les éruptions sudorales ont quelquefois une grande intensité et l'adjonction des vesicules miliaires n'est pas de nature à éclaircir le diagnostic.

Mais le clinicien ne se laissera pas égarer par tous ces érythèmes plus ou moins scarlatiniforme, s'il n'oublie pas que l'éruption de la scarlatine n'a toute sa valeur que *lorsqu'elle coexiste avec l'angine et avec la fièvre.* — Un érythème scarlatiniforme apyrétique et sans angine, quelles que puissent être ses analogies avec celui de la scarlatine, sera tout au moins considéré comme douteux et les commémoratifs de l'enfant seront soigneusement recherchés et pesés.

Le diagnostic différentiel présente parfois de très grandes difficultés lorsqu'on est en présence des érythèmes scarlatiniformes survenant chez des enfants qui ont reçu des injections d'un sérum albuminoïde et surtout de sérum antitoxique contre la diphtérie.

L'érythème très confluent et très généralisé survenant 5 à 10 jours après l'éruption est très semblable à celui de la scarlatine : la température s'élève à 38°, 39° et plus au moment de son apparition, les urines peuvent être albumineuses, enfin, il existe généralement des reliquats de l'angine diphtérique et il est impossible d'affirmer si le processus angineux est tout à fait récent ou ancien.

Enfin, malgré les précautions prises pour l'isolement, on ne peut pas prévenir de temps à autre la pénétration des scarlatineux porteurs d'angines membraneuses dans les pavillons de diphtériques, et par suite empêcher la contagion de la scarlatine de se propager.

Dans le doute, il est toujours préférable d'isoler les enfants diphtériques qui offrent des éruptions sériques très semblables à celle de la scarlatine.

Je dois ajouter que les érythèmes scarlatiniformes typiques ne sont pas les plus communs après les injections de sérum ; que les éruptions de ce genre sont habituellement polymorphes, avec des éléments urticants ce qui marquent le début ; que la localisation de l'érythème sérique au pourtour des articulations est prédominante ; mais dans les milieux hospitaliers surtout, il nous arrive parfois de rester dans l'embarras et de ne pouvoir décider qu à grand'peine si nous sommes en présence d'une fièvre scarlatine ou d'une éruption imputable au sérum.

Laissez-moi vous rappeler un érythème un peu anormal que j'ai observé chez un enfant de la ville, avec le médecin traitant, et qui avait d'abord fait songer à la scarlatine. Il s'agissait d'un vigoureux

Digitized by Google

garçon de neuf ans qui était atteint d'abord d'impétigo du cuir chevelu causé par la présence des poux.

Les parents, sans demander avis à personne, avaient acheté un pot de pommade d'onguent gris chez le pharmacien, et en avaient versé le contenu sur la tête pour détruire les parasites.

Trois jours après, j'étais appelé en hâte par le médecin et je trouvais l'enfant avec une température de 39°5, un érythème scarlatiniforme généralisé sur tout le corps, occupant même les membres; le visage était d'une rougeur luisante, comme dans l'érysipèle : la salive s'écoulait de la bouche, et il y avait une stomatite intense. Il suffisait évidemment d'être renseigné sur le traitement intempestif employé par les parents pour reconnaître qu'on était en présence des accidents de l'hydrargyrisme aigu. Il est probable que l'intensité de cette intoxication mercurielle était due à ce que le médicament avait pénétré trop aisément dans le derme par les plaques excoriées de l'impétigo.

D'une manière générale, le diagnostic de la scarlatine est facile dans les formes moyennes, mais il présente de très sérieuses difficultés dans les formes légères qu'on a qualifiées aussi de scarlatinettes. Quand avec une température de 38° et quelquefois moins, on voit apparaître un érythème léger, fugace on doit songer à la scarlatine; mais il ne faut s'arrêter à ce diagnostic que si l'on note la coexistence d'une angine; si la triade symptomatique, *fièvre*, *angine*, *érythème*, est au complet, même très atténuée, il faut conclure affirmativement et prendre les mêmes précautions pour l'isolement et la convalescence que si la scarlatine avait une évolution typique.

Mais inversement il existe des scarlatines d'une extrême gravité que nous qualifions de malignes parce qu'elles sont fréquemment mortelles et que le clinicien doit bien distinguer les autres. Nous sommes mal armés pour combattre ces formes terribles, mais nous pouvons tout au moins prévenir les familles des dangers qui menacent la vie de l'enfant à bref délai, au bout de trois à quatre jours.

La scarlatine maligne est annoncée par une hyperthermie extrême, 41° et plus, par un *délire* et une agitation tout à fait insolite; ni l'angine, ni l'érythème n'ont de caractères bien spéciaux, mais les troubles nerveux sont d'emblée très alarmants. A l'agitation, au délire, à l'hyperthermie se joignent une grande fréquence du pouls et de la respiration; et cependant l'auscultation du cœur et des poumons est muette; il s'agit là d'une dyspnée bulbaire comme si le poison morbide portait spécialement son action sur les centres nerveux. Vainement nous plaçons ces enfants dans des bains à 25° pour abaisser la température; vainement on leur fait des injections de sérum artificiel, on leur administre de la digitale pour régler le cœur, etc. : nos efforts sont impuissants, au délire et à l'agitation succède une dépression comateuse et les enfants succombent.

J'ai signalé, à la Société de Pédiatrie, l'histoire clinique de deux enfants, qui sont morts à neuf jours de distance, dans la même maison, de scarlatine maligne. La première avait contaminé l'autre.

On connaît, surtout en Angleterre, ces épidémies qui déciment les enfants d'une même famille, comme si la scarlatine maligne avait le pouvoir de se transmettre sous cette même forme.

Heureusement, la scarlatine maligne contre laquelle nous sommes désarmés jusqu'à présent n'est pas fréquente en France, ni à Paris. En 1899, sur 525 cas que j'ai observés au pavillon d'isolement de l'hôpital Trousseau, avec mon interne, M. Devé, nous n'en avons relevé que 7 cas.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement de l'infection puerpérale

Par P. Budin,
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Le traitement de l'infection puerpérale a été, depuis vingt et quelques années, l'objet de nombreuses recherches et d'importants travaux. Je désire exposer à l'Académie à quelle méthode j'ai personnellement recours depuis 1892.

L'infection puerpuérale est due à la pénétration dans l'économie de germes divers, de microbes pathogènes. Mis en contact avec les muqueuses vulvaire, vaginale, cervicale et utérine, ils pullulent abondamment. La muqueuse du corps de l'utérus, où se trouvent les éléments de la caduque destinés à être éliminés, se laisse surtout facilement envahir. Les microbes et leurs toxines pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques et dans les vaisseaux sanguins, ils gagnent le tissu cellulaire péri-utérin et le péritoine et finissent par envahir l'économie tout entière. L'infection est alors généralisée; l'état des accouchées devient très grave; elles succombent même dans un certain nombre de cas.

Il semble que si on pouvait de bonne heure débarrasser l'utérus de ces germes pathogènes, on arrêterait le développement de la maladie. Si on n'intervient que plus tard et si on parvient cependant à nettoyer complètement la muqueuse utérine, il y a lieu d'espérer qu'il ne s'y produira plus de nouveaux germes et qu'on n'aura plus à lutter que contre l'infection générale.

Avant tout, il faut faire un diagnostic exact, puis essayer de nettoyer la cavité de la matrice.

Je ne passerai pas en revue tous les symptômes

Digitized by Google

qui accompagnent l'infection puerpérale, la fréquence du pouls, l'élévation de la température, les douleurs abdominales spontanées ou provoquées par la palpation, les variations dans la nature de l'écoulement lochial, etc., mais je désire insister sur l'importance que présente l'exploration de la cavité utérine.

Dans les conditions ordinaires, lorsque les suites de couches sont normales, l'utérus revient assez vite sur lui même et après quelques jours, l'orifice interne du col est fermé; on ne le traverse qu'en faisant un certain effort, en exerçant une certaine pression. Si, au contraire, la muqueuse utérine est malade, il semble que les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées et on pénètre facilement avec le doigt dans la cavité du corps. On peut y trouver soit des caillots, soit des lambeaux de chorion ou d'amnios, soit des morceaux de cotylédons, soit, au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, des parties saillantes qui se détachent plus ou moins facilement. Ces divers débris imprègnent souvent le doigt d'une odeur fétide.

La perméabilité anormale de l'utérus a donc une grande importance pour le diagnostic. Quand l'orifice interne du col est fermé, il est inutile de chercher à y pénétrer en employant trop de force; on peut être presque complètement assuré que la muqueuse du corps n'est pas infectée.

On s'est demandé si, en essayant d'entrer ainsi dans la cavité de la matrice, on ne risquait pas d'y entraîner avec le doigt des germes pathogènes venus soit de l'extérieur, soit du canal vaginal. Mais il est bien entendu que la main qui explore doit être en état d'asepsie parfaite et que, au préalable, le vagin a été lavé et nettoyé.

Le doigt qui a pénétré dans l'utérus peut n'y trouver que des caillots ou noter au contraire des signes d'infection de la muqueuse.

Si on constate la présence de caillots plus ou moins altérés, plus ou moins odorants, et si on sent que partout la muqueuse utérine est lisse, sauf, bien entendu, au niveau de l'insertion placentaire où cependant les tissus sont fermes et résistants, il peut suffire d'enlever ces caillots et de faire des injections intra-utérines antiseptiques pour voir la température s'abaisser et la guérison complète survenir.

Dans d'autres cas, le doigt qui a pénétré facilement dans l'intérieur de la matrice y constate la présence de débris de cotylédons ou de membranes, ou bien il trouve que la muqueuse utérine présente, au niveau de la surface d'insertion du placenta, des saillies plus ou moins accentuées, parfois friables et se laissant séparer de la paroi sous la pression de l'index. On peut être généralement assuré, dans ces cas, que la muqueuse utérine est infectée, et on doit recourir au curage digital suivi d'écouvillonnage. On voit alors, consécutivement à cette intervention, la température s'abaisser, le pouls devenir moins fréquent et la malade guérir.

Comment procède-t-on au curage digital qui permet d'obtenir ces résultats? Quel est le manuel opératoire?

La vulve et le vagin sont nettoyés soigneusement, la vessie et le rectum sont vidés. On procède à l'anesthésie; il est indispensable qu'elle soit complète, car la paroi abdominale doit toujours être absolument souple,

La malade, profondément endormie, est placée dans la situation obstétricale, en travers du lit, les jambes écartées et soutenues par deux aides. Une étoffe imperméable recouvre le lit; elle conduit dans un grand récipient les liquides avec lesquels on vient de faire des injections.

Une main ayant été introduite dans la cavité vaginale, un ou deux doigts pénètrent dans l'utérus; l'autre main placée sur l'abdomen refoule de haut en bas la matrice. De cette façon, les parois de cet organe peuvent être facilement explorées. On détache les cotylédons, s'il en est resté, on enlève les débris de la caduque épaissie, lorsqu'il y a eu, par exemple, un fœtus macéré. Le plus habituellement on trouve, au niveau de la surface d'insertion du placenta, des épaississements anormaux, parfois si considérables qu'on peut les prendre pour des portions de cotylédons adhérentes; il existe là une hypertrophie des tissus qui se détachent sous la pression du doigt et forment alors comme de véritables stalactites descendant dans l'intérieur de l'organe. La main appliquée sur l'abdomen, et qui maintient l'utérus solidement fixé, permet d'exercer des pressions répétées à l'aide desquelles on finit par détacher tous les tissus malades. On y parvient soit avec l'extrémité de l'index et du médius, soit avec leur bord radial. On répète cette manœuvre autant qu'il est nécessaire jusqu'à ce que toutes les parties flottantes aient été détachées.

La main, qui est sur l'abdomen, en même temps qu'elle fait contre-pression, permet exactement de se rendre compte de ce qui se produit au niveau de la paroi utérine. Etant donnée la sensibilité des doigts, on opère toujours de la sorte avec sécurité, sans risquer de produire aucune perforation de l'organe.

Lorsqu'on croit avoir séparé tous les tissus altérés, les doigts les entraînent à l'extérieur, puis on fait une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 p. 4000. Une exploration permet de constater que le nettoyage a été parfait; sinon on procède à un nouveau curage digital.

Ce nettoyage doit être complété par l'écouvillonnage. En 1885, le Dr Doléris imagina d'employer, dans le traitement de l'avortement incomplet, des

Digitized by Google

écouvillons en crin, qui ressemblent aux brosses allongées dont se servent les sommeliers pour nettoyer les bouteilles. Cette méthode peut être étendue et appliquée au traitement de l'infection, non seulement après l'avortement, mais encore après l'accouchement à terme. Comme les écouvillons en crin se ramollissent trop facilement, nous faisons usage de gros écouvillons en côtes de plume qui sont beaucoup plus résistants. On les plonge dans une solution froide de sublimé ; au moment de s'en servir, on donne à leur corps une légère courbure qui leur permet de pénétrer plus facilement dans la cavité utérine et, quand on leur imprime des mouvements, d'exercer des pressions plus fortes sur les différentes parois de l'organe. Afin d'en faciliter le maniement, on recourbe en sens inverse, et à angle droit, l'extrémité du manche en métal. Cette disposition du manche permettra, à chaque moment de l'intervention, de savoir où se trouve soit la concavité, soit la convexité de l'écouvillon.

Pour introduire cet instrument, le corps de l'utérus doit être redressé au besoin par un aide, puis l'opérateur introduit deux doigts dans le vagin et le canal cervical : l'écouvillon glissé sur ces doigts pénètre alors jusqu'au fond de la cavité utérine.

Dans quelques cas, pour faciliter l'opération, on saisit le col avec des pinces de Museux et on l'entraîne jusque près de la vulve ; l'orifice cervical devient visible et, du même coup, on redresse le corps de l'organe,

Lorsque l'écouvillon a été introduit profondément, on lui imprime des mouvements de haut en bas et de bas en haut, ce qui, étant donnée sa courbure, permet de nettoyer la face antérieure de la matrice; en le tournant un peu vers la gauche, on nettoie successivement et de la même manière la paroi latérale gauche, puis la paroi postérieure et, enfin, la paroi latérale droite de l'utérus. On termine en imprimant à l'instrument des mouvements de rotation sur lui-même ; grâce à la courbure qui lui a été donnée, il frotte et nettoie tout le fond et toute la surface de la muqueuse.

On retire alors l'écouvillon, on l'examine et on voit souvent qu'il a entraîné beaucoup de débris que l'injection intra-utérine n'avait pu enlever. Un second, puis un troisième écouvillon, s'il est nécessaire, sont introduits, puis une injection intra-utérine est faite et l'exploration digitale permet de constater que les surfaces sont absolument lisses,

On termine en introduisant un ou deux écouvillons qui ont été plongés dans la glycérine créosotée à 1 p. 5. Comme la solution est caustique, il est bon de faire, à ce moment, une irrigation vaginale, afin de limiter à l'utérus l'action du médicament.

S'il s'est produit un écoulement sanguin assez notable, on met une ou deux bandes de gaze iodoformée dans l'utérus, puis une autre dans la cavité vaginale. S'il y a très peu d'écoulement sanguin et si l'utérus est bien revenu sur lui-même, ce tamponnement n'est pas nécessaire. On termine l'opération par un lavage des organes génitaux externes et l'application sur la vulve d'une couche d'ouate qui a été trempée dans le sublimé, puis exprimée.

Parfois, il survient un frisson quelques heures après l'intervention, puis la température s'abaisse ; le plus souvent, on constate la diminution de la fréquence du pouls et la descente de la colonne thermométrique sans apparition d'aucun incident.

Après 12 ou 18 heures, on retire la gaze iodoformée et on fait, en se servant de la sonde à canal. en forme de fer à cheval, une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 p. 4000 ; cette injection peut être renouvelée pendant deux ou trois jours. En général, l'orifice utérin revient rapidement sur lui-même et on ne peut plus alors faire que des injections vaginales.

Une des conditions importantes du succès est l'intervention rapide ; il faut agir vite dès que des signes d'infection existent, surtout quand il s'est produit des hémorrhagies abondantes au moment de l'accouchement ou de la délivrance ; dans ces conditions, en effet, les malades offrent moins de résistance à l'infection.

Si on attend trop et si on ne se décide à opérer qu'après plusieurs jours, la guérison est plus lente.

Quelques objections ont été faites à cette méthode de traitement : on a pensé qu'il était impossible de nettoyer l'utérus d'une façon complète avec le curage digital et l'écouvillonnage. Les preuves du contraire abondent. Je rappellerai les faits cliniques: si la température s'est abaissée si vite chez les femmes, si la guérison a été si rapidement complète, si l'orifice interne du col revenu sur lui-même s'est fermé après quelques jours, c'est qu'évidemment toute trace d'infection avait disparu du côté de la cavité utérine.

Le curage digital, suivi d'écouvillonnage, est une opération qui ne présente aucun danger; grâce au doigt qui pratique le toucher intra-utérin, grâce à la main qui est appliquée sur la paroi abdominale et tient la matrice, on sait constamment ce qu'on fait. Mes chefs de clinique, mes moniteurs font sous mes yeux cette opération et ils arrivent à la très bien exécuter ; elle pourra donc, je pense, se généraliser facilement dans la pratique sans que les médecins éprouvent, comme avec d'autres procédés opératoires la crainte de perforer les organes.

Les résultats obtenus sont, du reste, logiques, ra-

Digitized by Google

tionnels, car si on parvient à bien nettoyer l'utérus, on doit obtenir la guérison.

En faut-il conclure qu'on sauvera toujours les femmes? Evidemment non. Si l'accouchée est malade depuis un certain nombre de jours lorsqu'on l'examine pour la première fois, si elle est profondément infectée et si toute l'économie est envahie par les microbes ou les toxines, on pourra ne pas réussir à la sauver.

Ainsi donc si, de la fièvre survenant chez une femme récemment accouchée, on constate dans l'utérus la présence de caillots fétides ou non, les enlever et laver la cavité de l'organe peut suffire.

Si la muqueuse de la matrice est atteinte, surtout au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, il faut sans hésitation procéder au curage digital et à l'écouvillonnage ; lorsqu'on intervient vite, la guérison est habituellement très rapide.

Si l'infection dure depuis quelques jours lorsqu'on pratique le nettoyage, la guérison est plus lente, car il y a eu pénétration des germes ou des toxines dans l'économie.

Enfin, si l'infection date depuis plus longtemps ou si sa forme est plus grave, si l'économie tout entière est sérieusement envahie, on aura recours aux mêmes interventions et on aidera l'organisme à lutter. Dans un certain nombre de cas qui paraissent désespérés, on obtiendra la guérison, mais parfois la mort surviendra.

Il résulte encore de ces faits une autre conséquence intéressante : si une femme accouche ou fait un avortement alors que les membranes sont rompues depuis plusieurs jours, si l'écoulement du liquide amniotique est fétide et s'il reste des débris de cotylédons, de caduque, de chorion ou d'amnios dans la cavité utérine, il faut faire de suite, même si la température est peu élevée, le curage digital et l'écouvillonnage. C'est ce qu'on appelle le *nettoyage prophylactique*. Si on n'agit pas, l'infection est presque certaine; mienx vaut la prévenir puisque l'intervention ne présente aucun danger. Généralement, les accidents n'apparaissent point alors ou ils ne sont que légers.

TOXICOLOGIE

Empoisonnements par les champignons

Par le Dr V. Gillot.

L'empoisonnement par les champignons intéresse d'une façon toute particulière le médecin praticien qui est fréquemment appelé, dans les campagnes surtout, à combattre ses effets parfois désastreux. Il nous importe donc fort de l'étudier au point de vue médical, ce qui a été très négligé jusqu'ici parce que échappant aux cliniques hospitalières de nos grands centres, cet empoisonnement ne fait que très rarement l'objet d'une relation médicale.

Pendant la saison mycologique de 1900 eurent lieu de nombreux empoisonnements par les champignons, notamment à Nîmes, à Saint-Laurent-du-Pape (Ardèche), etc., sans que nous ayons pu obtenir, à notre grand regret, aucun renseignement à leur propos.

Nous commenterons ici deux observations très intéressantes car, si dans les deux cas, l'espèce coupable n'a pas pu, faute de mycologue présent, être déterminée de suite, la symptomatologie bien observée et tracée par des confrères très distingués nous permet de faire le diagnostic rétrospectif.

Voici d'abord la relation d'un empoisonnement survenu, au mois de septembre 1900, à Montchenu, petite commune du canton de Grandserre (Drôme), telle qu'elle nous a été faite par M. le Dr Modrin, d'Hauterives (*in. litt.* du 30 nov. 1900) :

« La famille Athanase Bezat, de Montchenu, se composait de neuf personnes : un vieillard, âgé de 70 ans, le père et la mère, ayant l'un et l'autre 40 ans environ, et six enfants, qui avaient respectivement, Marguerite 18 ans, Marie 12 ans, Jeanne 9 ans, Paul 6 ans, Joséphine 3 ans, et Pierre 18 mois. Les antécédents étaient négatifs pour chacun; cependant, les trois fillettes, Marie, Jeanne et Joséphine, sans avoir été malades jusqu'alors, ne jouissaient que d'une santé délicate et d'ordinaire mangeaient peu.

« Le dimanche, 16 septembre 1900, le père et la fille aînée, Marguerite, partirent en voyage et ne participèrent nullement au repas de la journée ainsi que du lendemain. Le vieillard, ayant ce jour-là ramassé une provision de champignons, les donna à la mère. Celle-ci, en femme économe, en mit de côté une partie pour le lendemain, et fit immédiatement cuire le reste dans de l'eau salée d'abord puis l'assaisonna avec du jus de volaille. Ces champignons, qu'aucun médecin n'a vus d'ailleurs, étaient, au dire des malades et de l'entourage, des Oronges-vraies (*germançons* en patois du pays) et des Oronges-fausses que l'on croyait être des Coulemelles, tous appartenaient au genre Amanite. On en mangea assez copieusement au repas de midi et personne ne sentit aucun malaise.

« Le lendemain, lundi 17 septembre, on apprêta de la même façon les champignons qui restaient et servirent au même repas de midi. Une voisine, âgée d'environ 35 ans, était également invitée. Tout le monde mangea plus ou moins de champignons; seul, un des enfants, âgé de 6 ans, Paul prétexta un manque d'appétit et n'y goûta pas.

« Jusqu'à onze heures du soir, il n'y eut rien

Digitized by Google

d'anormal. A ce moment les coliques et la diarrhée réveillèrent les trois fillettes et leur mère; le vieillard eut également un peu de dévoiement; le plus jeune n'éprouva rien.

« Le mardi, 18 septembre, les malaises de la nuit précédente continuèrent sans avoir pourtant aucun caractère de gravité, si bien que l'une des enfants, Joséphine, plongée dans la stupeur une partie de la journée mourait vers quatre heures du soir presque sans souffrance. C'est alors seulement qu'on se décida à faire appeler un médecin. Mon confrère le docteur Perriolat de Saint-Donat institua un traitement pour les autres malades et prescrivit des vomitifs, des purgatifs et de la teinture de belladone.

« Le 19 septembre au soir, une autre jeune fille, Jeanne, mourait dans des souffrances atroces.

« Le 20 septembre je fus appelé en consultation avec le docteur Perriolat. C'était à sept heures du matin. J'ai trouvé la mère et sa fille Marie couchées dans le même lit et poussant, par intervalles, des gémissements pendant les accès de douleurs.

« La mère, examinée d'abord, avait une légère élévation de la température, 38°2; son pouls était ferme, bien régulier et battait 90 fois à la minute. Le facies était pâle. Rien au cœur, ni aux poumons. Ni albumine, ni ictère. Les urines étaient peu abondantes. Les symptômes prédominants étaient une profonde adynamie, du délire intermittent et de la diarrhée.

« La jeune fille présentait une température rectale de 38°5, le pouls était petit, dépressible, rapide, 120 pulsations à la minute. Les selles étaient fréquentes et fétides, les douleurs abdominales plus vives que chez la mère. Le creux épigastrique et le lobe gauche du foie hypertrophié étaient particulièrement douloureux. Une sueur légère couvrait tout le corps.

« Ces deux malades avaient des vomissements incessants et ne pouvaient supporter que de minimes quantités de lait ou de limonade.

« Comme traitement, la belladone fut continuée : on y ajouta une potion antidiarrhéique et de la caféine en injections hypodermiques. Une injection de sérum de Hayem fut faite immédiatement à la jeune fille qui, malgré tout, expirait à quatre heures du même soir.

« L'enfant de 18 mois, Pierre, était resté somnolent toute la journée et n'avait présenté que quelques coliques sans diarrhée. Dans la nuit, je fus appelé de nouveau pour ce petit malade qui souffrait horriblement. Les accès de coliques se succédaient à de courts intervalles, ne lui laissant aucun répit. Je prescrivis alors une potion calmante à la codéine et au chloral qui réussit parfaitement.

« A ce moment, la mère se trouvait un peu mieux. Dès lors, je laissais à mon confrère seul la tâche de continuer des soins à la mère et au jeune enfant. Je n'ai eu de leurs nouvelles que 15 jours plus tard. L'enfant qui avait survécu était complètement guéri. La mère était toujours alitée et avait de l'œdème des jambes sans albuminurie. Elle commençait à manger légèrement. J'ai appris depuis dans la suite, que sa convalescence avait duré presque deux mois.

« Le vieillard n'a eu, lui, que quelques coliques sans importance.

« La voisine a été très fatiguée le lendemain du repas, 18 septembre. Elle eut des coliques et de la diarrhée avec des vomissements fréquents. Ces symptômes avaient disparu deux ou trois jours après.

« Le jeune Paul n'a ressenti aucun malaise. — Aucun des malades n'a eu d'hémorrhagies. — Aucune autopsie n'a été faite. — Aucune matière vomie n'a été analysée. »

De la lecture de cette observation il ressort d'abord que les champignons coupables faisait partie du second plat. Le petit Paul qui en mangea au premier repas et s'en abstint au deuxième, n'éprouva aucun accident, nous servant ainsi de témoins.

Mais quels furent les champignons coupables au milieu du mélange complexe qui fut servi ? C'est le point capital à élucider. — Il y aurait eu confusion, nous dit-on, entre l'Oronge-vraie, *Amanita cæsarea*, et « les Oronges-fausses que l'on croyait être des Coulemelles ». Or nulle part la Fausse-Oronge ne porte le nom de Coulemelle; on désigne, au contraire, généralement sous le nom de Coulemelle ou Colemelle soit l'Oronge blanche, *Amanita ovoïdea* Fr., soit la Couleuvrée, *Lepiota procera* Fr. Ces deux espèces très comestibles sont recherchées et mangées partout, mais elles peuvent être facilement confondues, à l'état jeune surtout, avec des Amanites ayant également le pied renflé, un anneau et un chapeau pelucheux ou écailleux. C'est ainsi qu'au lieu de l'*Amanita ovoïdea* peuvent être récoltées certaines variétés de l'*Amanita bulbosa* (*Am. phalloïdes, Am. verna*, etc.) et que l'on prend, très souvent l'*Amanita pantherina* pour le *Lepiota procera*. Une telle confusion a été, à notre avis, la cause de l'empoisonnement rapporté par M. Modrin.

Mais nous pouvons serrer de plus près le diagnostic et déclarer, grâce à la symptomatologie suffisamment décrite, qu'il faut accuser du méfait l'*amanita bulbosa*. Le début lent, onze heures après l'ingestion, la mort des trois petites filles après des signes de stupeur, d'adynamie accompagnée chez l'une d'elles, mieux observée, d'oligurie avec un foie hypertrophié et très douloureux permit de reconnaître la façon d'agir des champignons à phalline par conséquent d'*amanita phalloïdes, verna* ou autre va

Digitized by Google

riété voisine du groupe *amanita bulbosa*. — Le hasard des portions, les quantités absorbées, donnant des doses de poison variables à chacun, expliquent la différence des accidents survenus chez les autres convives.

L'*amanita pantherina*, de son côté, a pu jouer ici un certain rôle, mais il est bien difficile de l'apprécier. Nous pensons, cependant, que la cuisson préalable à l'eau salée a dû enlever à ce dernier champignon ses principes délétères, en grande partie tout au moins ; tandis que l'on sait, d'après les données expérimentales acquises aujourd'hui, que l'*amanita bulbosa* garde bien plus jalousement les siens dans des conditions identiques.

Nous sommes donc conduit à admettre dans l'empoisonnement de Montchenu l'action prépondérante, sinon exclusive, de l'*amanita bulbosa*. Il est probable, de plus, que ce champignon était en petite quantité, car sans cela, la terminaison eût été encore plus déplorable.

Au mois d'octobre, dans le Tarn, se produisit un empoisonnement par les champignons d'un autre genre que le précédent. Nous en devons la description suivante à M. le docteur Ronneville fils *(in litt.* du 3 nov. 1900).

« Le 12 octobre 1980, à Mazamet, à 6 heures du soir, la famille Bordes mangea un plat de champignons. Cette famille se compose de la grand'mère maternelle, 65 ans, de la mère, 44 ans, de la fille, 15 ans, toutes les trois sans antécédents pathologiques, et du père, 48 ans, qui est alcoolique.

« On avait ramassé un gros plat (3 à 4 kilog.) de champignons frais qui furent lavés, blanchis et passés à la poèle à frire à l'huile.

« L'espèce ne put être déterminée. La belle-mere avait ramassé tout ce qu'elle avait pu trouver et notamment une grande quantité de champignons à peine sortis de terre, de couleur variable *gris, rouges, jaunes, blancs*. Elle croyait que, *si petits, ils ne faisaient jamais de mal une fois blanchis* et a déclaré ne pas savoir leurs noms.

« La fille, témoin, ne mangea pas de champignons *se méfiant*, dit-elle. Elle ne ressentit rien.

« Les trois autres personnes mangèrent *beaucoup* de champignons. L'homme, après le repas, se rendit au café suivant son habitude.

« La mère fut prise de vomissements à 7 h. 1/4 et rejetta une partie des champignons. La belle-mère, vers 8 heures, ressent du malaise et n'a des vomissements qu'à 10 heures.

« De huit heures à onze heures, ces deux malades ont successivement des vomissements, des crampes, des selles sanguinolentes, de la raideur musculaire.

« Je suis appelé à onze heures par le mari qu'on avait enfin trouvé. Ce dernier n'ayant pris que deux *chinas* a de la peine à se tenir droit et accuse une sensation étrange ; « *Je suis saoûl*, dit-il, *et je n'ai pris que deux chinas. La tête me tourne*, etc. ».

« A mon arrivée, je trouve le pouls des deux femmes très faible, filiforme. La peau froide est recouverte de sueurs. Les pupilles de la mère, 65 ans, sont contractées. Elle est incapable de me répondre et c'est raide comme une barre que je la fais mettre au lit.

« Chez la femme, au contraire, qui a vomi de très bonne heure, tous les symptômes sont à peine marqués mais sont cependant sensibles. Chez ces deux femmes, il n'y eut pas d'actes extravagants, mais une anurie complète pendant six heures. Elles ont guéri, l'une et l'autre ayant dans la nuit une crise de polyurie. Pas d'amnésie consécutive.

« Chez la mère, les symptômes avaient disparu presque complètement, le 15, laissant pendant longtemps des fourmillements dans les membres.

« La fille était à peu près rétablie le 14.

« Le mari a eu des vertiges pendant deux ou trois jours, mais n'a eu aucun autre symptôme.

« Avant mon arrivée, les deux femmes avaient absorbé quantité d'huile d'olive et chacune 1 gr. d'ipéca donné par le pharmacien (cela avait fait vomir la plus âgée).

« A mon arrivée et en face du collapsus menaçant j'ai donné une potion à la caféine et au benzoate de soude avec alternativement quelgues gouttes de teinture de belladone, frictions alcoolisées sur tout le corps, boules chaudes, etc.

« Les vomissements et les selles avaient été jetés et je n'ai pu me procurer le moindre échantillon. »

Cette observation est très intéressante, d'abord parce qu'elle montre les dangers du préjugé populaire, d'apres lequel les champignons très jeunes, encore renfermés dans leurs bourses ou volves ne sont pas nuisibles. Il est prouvé, au contraire, qu'à l'état jeune le poison est surtout localisé dans le pied, qui est, à ce moment, l'organe le plus important, renfermant les matériaux de développement ; et, à cette période, il est très difficile, souvent même impossible, de distinguer et déterminer l'espèce botanique du champignon.

A n'en pas douter, les symptômes observés ici ; la brièveté du début, ayant eu lieu une heure environ après l'ingestion, les crampes, la raideur tétanique, si marquée chez une des malades, l'anurie suivie d'une débâcle urinaire, la sensation de vertige, l'ébriété chez l'homme, décèlent l'action de champignons muscariniens.

La déclaration de champignons « *rouges* » fait penser naturellement au plus fréquent de tous, à l'*amanita muscaria* (fausse-oronge).

Digitized by Google

Sans doute, il y avait d'autres espèces encore dans la composition du plat, mais il est très plausible d'accuser l'*amanita muscaria* du rôle principal en face des accidents observés.

Les champignons ont bien été lavés, blanchis et frits, mais on ne nous dit pas s'ils ont subi la cuisson préalable à l'*eau bouillante*, puis été bien *égouttés* ensuite, ce qui est une condition de prophylaxie indispensable en pareil cas.

La publication de ces observations démontre, en somme, la valeur des syndromes *phalloïdien* et *muscarinien* que nous avons établis ailleurs (1), et dont la connaissance, dans bien des cas, permettra aux médecins praticiens de soupçonner à quelles espèces de champignons toxiques ils ont affaire, ce qui n'est pas sans importance au point de vue du pronostic et du traitement de ces accidents, malheureusement si fréquents dans certaines régions de notre pays.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Traitement des arthrites blennorrhagiques à la période aiguë inflammatoire et fébrile par le courant galvanique. — L'arthrite blennorrhagique, si rebelle à tous les traitements, compromet *parfois* la fonction de l'articulation intéressée d'une façon définitive en déterminant de l'ankylose ou d'une manière plus atténuée en provoquant des raideurs ou de l'atrophie musculaire.

Remak avait employé le courant galvanique dans les poussées aiguës du rhumatisme chronique, mais il ne l'avait pas utilisé dans les rhumatismes aigus pensant qu'à l'hôpital on serait mieux placé pour en déterminer la valeur dans ce cas particulier, aussi, est-ce dans le service de M. le Dr Mathieu que nous avons traité les malades qui nous ont fourni l'objet de cette note.

Nous nous sommes basés pour employer le courant galvanique sur ses propriétés analgésiques bien connues (névralgies), sur ce fait que le courant constant est un merveilleux agent de réparation du muscle, puisqu'on l'utilise avec succès pour combattre les atrophies musculaires. Nous avons cru enfin agir sur les vaso-constricteurs.

Beard et Rockwell ont montré en effet que des applications galvaniques de moyenne intensité ont une action vaso-constrictive très marquée.

L'instrumentation que nous avons utilisée a le très grand avantage de pouvoir être transportée au lit du malade. Elle se compose d'une pile au bioxyde de manganèse ou au bisulfate de mercure, de fils d'un galvanomètre, de deux électrodes en terre glaise qui permettent des intensités élevées sans crainte d'eschares. Au début deux séances, ensuite une par jour suffisent dans les cas graves. L'intensité est de 20, 30, 40 milliampères et plus encore si le patient peut la tolérer, la durée de la séance de 20 à 30 minutes.

Nous avons soigné 12 articulations. Deux arthralgies ont guéri, la première après une application, les deuxième après cinq apptications. — Trois hydarthroses ont cédé, deux à 2 séances, l'autre à 4 séances. — Deux séances ont suffi pour une arthrite des petites articulations. — Nous avons observé quatre cas d'arthrite de moyenne intensité intéressant la grosses articulations; une arthrite tibio-tarsienne, et une du genou ont cédé à une application, une autre en a nécessité 6 et la dernière 14. Toutes ont guéri parfaitement sans ankylose, ni raideur, ni atrophie.

Sur trois arthrites très graves; une (coude) a cédé à 2 séances, une autre (genou) a 3, la dernière (dos de la main) a nécessité un nombre de séances assez considérable avant d'obtenir la disparition des douleurs.

Sur les mêmes malades nous avons comparé l'action du salicylate de méthyle avec celle du courant galvanique et, fait remarquable, les articulations galvanisées ont toujours été plutôt améliorées que les articulations enveloppées, et toujours guéries plus tôt. Nous croyons aussi que le courant galvanique possède sur le plâtre quelques avantages, entr'autres, de combattre l'ankylose dès qu'elle a tendance à se produire, et non pas de la favoriser, d'éviter aussi les atrophies musculaires.

Il n'y a aucune contre-indication, nous avons soigné nos malades en pleine période fébrile (38°-39°), sans jamais avoir observé le moindre accident.

L'intervention électrique doit être aussi précoce que possible, il ne faut pas laisser aux tissus enflammés le temps de s'organiser, aux muscles le temps de s'atrophier, à l'articulation le temps de s'ankyloser. — Louis Delherm, *interne des Hôpitaux.*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Solution de sauzarine :

Sauzarine	1 gr.
Bicarbonate de soude	1 —
Eau distillée Q. S. pour 100 cc.	

Une cuillerée à café représente 0 gr. 05 de sauzarine.

Cette solution peut être employée pour édulcorer les boissons des diabétiques.

Une cuillerée à café pour un demi-litre. — A. G.

(1) V. Gillot. — *Etude médicale sur l'empoisonnement par les champignons.* Lyon 1900. — Voir *Journal des Prat.*, n° 47 bis et n° 48. 1900.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

GYNÉCOLOGIE

Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. — Dartigues vient d'étudier tout au long cette question dans un excellent travail (Paris 1901). D'après lui, les fibro-myomes utérins, tout en appartenant à la catégorie des néoplasmes bénins peuvent être graves dans leur évolution, et s'il est indiscutable que des fibromes peuvent permettre longtemps une existence supportable, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont moins graves à enlever qu'à laisser évoluer. La question résolue aujourd'hui pour les gros fibromes, doit se poser aussi pressante pour les petits fibromes, quand ils sont justiciables d'une chirurgie minima et sans risques.

Tout fibrome diagnostiqué doit être opéré, quand il est possible de le faire par une opération qui n'expose pas les patientes à des dangers plus grands que ceux relevant de l'évolution naturelle de leur mal.

Le but idéal de la chirurgie est de concilier le principe de l'ablation des tumeurs avec celui de la conservation des organes. Ce principe, d'ordre général, est d'autant plus applicable aux fibromes, que, précisément, leur disposition anatomo-pathologique indépendante et circonscrite, permet souvent de les enlever sans sacrifier l'utérus.

Les raisons qui militent en faveur des opérations conservatrices dans le cas de fibrome, sont d'ordre anatomique, physiologique et opératoire.

Au point de vue anatomique il faut éviter, dans la mesure du possible, de troubler la disposition topographique pelvienne normale.

Au point de vue physiologique, on doit s'efforcer de ne pas supprimer les fonctions multiples d'ovulation, de menstruation, de fécondation et de reproduction. L'intangibilité du pouvoir procréateur, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé est un principe dont il ne faut jamais se départir. En opérant les fibromes de bonne heure, on pourra peut-être diminuer le taux de la stérilité ?

Au point de vue opératoire, la chirurgie conservatrice, dans la plupart de ses interventions, comporte une bénignité incontestable. De plus, elle est préalablement exploratrice et peut ainsi juger, en dernier ressort, de la justiciabilité de la conservation ou bien du sacrifice total de l'organe, sans que, dans ce dernier cas, la technique opératoire en soit nullement entravée.

Tout fibrome doit être opéré, même lorsqu'il ne se manifeste que par des troubles fort peu accentués; bien plus, tout fibrome doit être opéré parce que plus la tumeur est petite, moins l'opération est grave.

Il faut, au sujet des fibromes, en arriver à la conduite, aujourd'hui indiscutée, que l'on tient vis-à-vis des kystes de l'ovaire.

La chirurgie conservatrice est surtout indiquée chez les femmes jeunes ; elle respecte la possibilité d'une grossesse, et met à l'abri des cas de dystocie, si elle vient à se produire.

Contrairement aux grandes interventions mutilatrices les interventions conservatrices n'ont pas contre elles, le plus souvent, des contre-indications basées sur le mauvais état général (anémie, cardiopathie, diabète, albuminurie, etc.). Les opérations conservatrices sont radicales dans le meilleur sens du mot, puisqu'elles visent à enlever toute la tumeur et y réussissent le plus souvent.

Le possibilité d'une récidive n'annihile pas la valeur de telles interventions, parce que, outre qu'elle est rare, il sera toujours temps de pratiquer une castration totale.

Les diverses interventions conservatrices sont les suivantes :

1° Les méthodes *atrophiantes* qui comprennent : la ligature des vaisseaux tubo-ovariens ; la ligature des vaisseaux hypogastriques, soit par le procédé sous-péritonéal, soit par le procédé trans-péritonéal; la ligature des artères utérines par voie abdominale; la ligature du pédicule vasculo-utérin, à laquelle on a quelquefois substitué l'angiotripsie ou l'application des pinces à demeure.

Ces méthodes atrophiantes peuvent rendre des services dans les gros fibromes inopérables. Quelques chirurgiens ont tenté de les appliquer systématiquement aux fibromes tout à fait au début, mais ils ne semblent pas avoir entraîné la conviction.

2° Les opérations *conservatrices abdominales* comprenant : la polypectomie abdominale, pour polypes fibreux intrapéritonéaux à étroit ou large pédicule ; les énucléations ou myomectomies abdominales, soit trans-utérines, avec ou sans ouverture de la cavité de l'utérus, pour fibromes sous-péritonéaux sessiles principalement, pour fibromes interstitiels et quelquefois même pour fibromes sous-muqueux sessiles, soit trans-ligamentaires pour fibromes du ligament large.

3° Les opérations *conservatrices* vaginales qui comprennent : les polypectomies vaginales pour polypes fibreux au stade utéro-cavitaire ou au stade utéro-vaginal pour polypes géants, pour polypes

Digitized by Google

sphacélés, pour inversion polypeuse ; l'énucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale suivant le procédé de P. Segond, dérivé de l'ancien procédé d'Amussat et de Péan, pour fibromes sous muqueux sessiles, interstitiels et du ligament large ; l'hystérotomie médiane antérieure ou postérieure par voie vaginale pour fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels, sous-péritonéaux sessiles et pour polypes cavitaires ; les myomectomies par incision para-utérine au colpotomique : antérieure avec ou sans ouverture du péritoine (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face antérieure et du fond de l'utérus) ; postérieure (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face postérieure de l'utérus et fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale) ; latérale (fibromes intra-ligamentaires.)

4° Les opérations *conservatrices par voie périnéale* comprenant : les périneotomies par incisions de Zukerkandl ou de Sanger et s'adressant à certains fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

5° Les opérations *conservatrices dans le traitement des fibromes pendant la puerpéralité* qui comprennent les polypectomies et énucléations abdominales ou vaginales, la césarienne avec myomectomie consécutive. Chacune de ces opérations doit être considérée pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Comparant la valeur des principales interventions conservatrices Dartigues arrive aux conclusions suivantes :

Les *méthodes atrophiantes* constituent une chirurgie indirecte, de deuxième plan, palliative, utilisable au cours d'extirpations impossibles. Vouloir les appliquer à des fibromes au début, au moyen de ligatures du pédicule vasculo-utérin par voie vaginale par exemple, semble inutile, puisqu'à minimum égal de danger opératoire, il est des opérations qui ont le triple avantage d'être exploratrices, directes, radicales.

Les opérations *conservatrices par voie abdominale* sont d'application indiscutable quand il s'agit de polypes utérins intra-abdominaux : du moment qu'il n'y a qu'à sectionner un pédicule, on ne voit pas pour quelle raison l'utérus devrait expier pour son produit pathologique. Quant aux myomectomies abdominales, aux énucléations, elles sont certainement bien indiquées pour des fibromes sous-péritonéaux sessiles peu nombreux, peu considérables : des succès, concernant des cas même difficiles et compliqués, permettent de l'affirmer. Quant aux énucléations ou myomectomies appliquées aux fibromes sous-muqueux avec ou sans parti pris d'ouvrir la cavité utérine, nous croyons que c'est, pour l'heure présente, aller un peu loin et soumettre les malades à un aléa opératoire qu'elles ne doivent pas courir, alors que, précisément pour cette même catégorie de fibromes, il est des opérations vaginales bien plus bénignes.

Les opérations *conservatrices par voie vaginale* sont d'indication incontestable quand il s'agit de polypes intra-utérins ou utéro-vaginaux.

Quant à l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie de fibromes sous-muqueux et interstitiels, principalement par hystérotomie cervico-vaginale, selon le procédé de Segond, ses indications sont, d'une manière générale : l'unicité et le volume peu considérable du fibrome, la régularité approximative de l'utérus, la mobilité de cet organe, la présence d'annexes saines. Telle est la formule indicatrice dans toute sa rigueur, mais elle est certainement plus extensible, ainsi que le prouvent les observations que rapporte Dartigues.

Ce procédé de Segond a des avantages indéniables : il est moins dangereux que n'importe quelle opération abdominale ; il n'expose pas aux hémorrhagies primitives ou secondaires, à la blessure de l'intestin, de la vessie, des uretères ; il ne comprend pas l'ouverture du péritoine et met à l'abri, plus que tout autre procédé, des accidents d'infection ; le drainage est toujours possible et dans les meilleures conditions : en dehors de la cavité abdominale et dans la déclivité. Sa simplicité d'exécution est maxima puisqu'il n'exige, à la rigueur, aucune suture ; il évite la cicatrice abdominale et les éventrations possibles. Sa bénignité est telle qu'elle peut être exécutée chez les femmes assez âgées et chez celles qui ont un très mauvais état général qui ne permettrait pas certainement une intervention plus grave.

Aussi n'est-ce pas trop s'avancer en affirmant qu'on est en droit d'opérer tout fibrome par cette opération (quand elle est anatomiquement possible évidemment) quand bien même il ne donnerait lieu à aucune symptomatologie ; on peut ainsi arrêter, dès le début, l'évolution d'un fibrome, qui, plus tard, exigerait une intervention plus importante et c'est ce qui fait que le champ d'action de l'énucléation par hysterotomie cervico-vaginale peut être appelé à s'étendre de plus en plus.

En résumé, il faut recourir à la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes, dans la plus large mesure possible, quand les conditions résumées succinctement plus haut seront requises, mais cependant ne pas tomber dans l'excès qui irait à reculer devant les opérations radicales, mutilatrices, indispensables souvent : il y a une chirurgie mutilante utéro-annexielle inévitable parce que ses indications en sont inévitables : on trouvera longtemps encore des fibromes que la pu-

Digitized by Google

sillanimité aura souvent laissé grossir indéfiniment : il y aura encore longtemps des fibromes inconnus ou irrévélés aux malades qui en sont atteintes et qui, de ce fait, seront admis tardivement à la solution chirurgicale ; il y en aura d'un polymorphisme si disparate, d'une disposition topographique si contraire à toute conservation possible, qu'ils nécessiteront l'éradication absolue et totale. — J. H. M.

MÉDECINE INFANTILE

La bronchite chronique simple chez les enfants. — Dans un travail basé sur 28 observations antérieurement publiées par M. Comby, et sur 15 observations personnelles, M. Daguzan (*Th. de Paris 1901*), montre qu'il existe chez les enfants des bronchites chroniques simples, indépendantes d'une part de la tuberculose, comme le prouve le résultat négatif de l'injection de tuberculine, différente d'autre part de la bronchite chronique de l'adulte, en ce qu'elle n'aboutit pas fatalement à l'emphysème.

La bronchite chronique s'observe chez les enfants de tout âge, mais particulièrement de deux à cinq ans; rarement primitive elle est le plus souvent secondaire à des rhumes, des coryzas, des trachéites, et surtout des bronchites aiguës, puis à des infections générales telles que la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la grippe. Le terrain crée une prédisposition indubitable : c'est chez les lympathiques, les rachitiques, chez les enfants qui présentent une tare héréditaire que l'on voit apparaître cette bronchite chronique.

Dans la plupart des cas, l'état général reste bon; il n'y a généralement pas de signes fonctionnels en dehors de la toux et de l'expectoration ; la toux est quinteuse, nocturne, nettement influencée par les variations atmosphériques; l'expectoration, qui n'existe que chez les enfants au-dessus de cinq ans, est muco-purulente et spumeuse. Les seuls signes physiques observés consistent dans des râles secs ou humides, remplissant la poitrine, essentiellement variables et mobiles.

L'évolution de l'affection est lente, subordonnée aux variations de la température, et d'une durée très variable : dans un cas de M. Comby, cette durée fut de huit ans. D'ailleurs, bien que la guérison soit la règle, la bronchite chronique peut être une cause d'appel pour la tuberculose; elle peut se compliquer d'emphysème aigu, et parfois même de dilatation des bronches.

Lorsqu'on aura fait le diagnostic ferme de bronchite chronique simple, lorsque surtout on aura éliminé le diagnostic de tuberculose, et l'injection de tuberculine faite avec prudence est le meilleur moyen d'arriver à ce résultat, on instituera un traitement rationnel, local et général : les balsamiques, la révulsion, les vomitifs parfois, forment la base du traitement local ; le traitement général s'adresse au lymphatisme, à l'arthritisme ou au rachitisme qui, suivant les cas, constituent le substratum de la bronchite. — B. H.

MÉDECINE

Les polynévrites blennorrhagiques. — Les névrites d'origine gonococcique ne sont pas d'une grande fréquence ; le nombre des cas publiés en est assez restreint, et encore a-t-on, plus d'une fois, fait rentrer dans le cadre des polynévrites des manifestations relevant de lésions spinales ou de simples névralgies. C'est ce qui ressort d'une étude de M. Adeline (*Th. de Paris 1901*).

Les polynévrites blennorrhagiques, en dehors de leur coïncidence avec l'infection causale, ont d'ailleurs peu de signes distinctifs : elles débutent en moyenne de huit jours à trois semaines après l'apparition de l'écoulement ; mais la période d'incubation peut être beaucoup plus longue et aller jusqu'à sept mois. Dans la plupart des cas, la névrite a été précédée d'une arthrite; puis apparaissent les troubles sensitifs (douleurs fulgurantes, articulaires, lombaires) et moteurs : les uns et les autres sont prédominants, ou même uniquement localisés aux membres inférieurs. Les troubles moteurs consistent dans une parésie plus ou moins marquée, frappant surtout le groupe musculaire antéro-externe de la jambe, et presque toujours suivie d'atrophie des muscles paralysés. Les autres symptômes (troubles sensitifs, état des réflexes, troubles trophiques) sont les symptômes communs à toute polynévrite. L'examen électrique montre que la réaction de dégénérescence est ordinairement absente.

L'évolution se termine le plus souvent par la guérison, complète ou relative, accompagnée ou non de séquelles ; cependant, dans un cas rapporté par M. Adeline, la polynévrite prit la forme de paralysie ascendante et entraîna la mort, à la suite d'accidents cardio-pulmonaires. — B. H.

Les récidives de la fièvre typhoïde. — La dothiénentérie confère habituellement une immunité acquise complète à l'individu qui en a été atteint. Cependant, ce n'est pas là une règle absolue, comme le prouvent un certain nombre de cas publiés jusqu'ici, et quelques observations inédites rapportées par M. R. Proust (*Th. de Paris 1901*).

Digitized by Google

Ces récidives résultent d'une nouvelle infection typhique, par des germes venus du dehors, et non à l'exaltation de la virulence de microbes préexistant dans l'organisme du fait de l'atteinte antérieure. Elles peuvent être multiples et séparées de l'atteinte précédente par un laps de temps variable, allant de quelques mois à trente ans. Les conditions étiologiques et pathogéniques de la récidive, sont exactement les mêmes que celles de l'affection primitive ; notons cependant que les cas sporadiques en sont rares, et que la plupart d'entre elles se produisent au cours d'épidémies.

Au point de vue clinique, la dothiénentérie récidivante ne présente aucun signe particulier ; mais la terminaison en est le plus souvent favorable, et les symptômes moins intenses que ceux de la première atteinte, en raison probablement d'un certain reste de l'immunité conférée par celle-ci. La seule difficulté du diagnostic consiste dans la notion d'une fièvre typhoïde antérieure, notion qui, en présence d'une forme légère ou anormale, peut faire écarter le diagnostic de dothiénentérie récidivante. En cas de doute, le séro diagnostic de Widal viendrait trancher la question. — B. H.

Syphilis de l'estomac. — Andral, en 1834, signala pour la première fois des lésions syphilitiques de l'estomac. Depuis, Chiari, Virchow, Birsch-Hirschfeld, Klebs, Dieulafoy, ont fait une étude approfondie de ces lésions.

Max Einhorn (*Philadelphia Med. journal,* 3 février 1900), publie plusieurs observations nouvelles d'ulcérations, de tumeurs et sténose pylorique d'origine syphilitique.

Le même auteur, dans un récent volume (Paris, 1901) sur les maladies de l'estomac, consacre un intéressant chapitre à cette question. Les symptômes dyspeptiques ne sont pas rares dans la syphilis secondaire et tertiaire. Dans la période tertiaire, il y a toujours des lésions anatomiques qui peuvent prendre plusieurs formes, érosions, ulcère, tumeur, sténose du pylore, gastralgie. La nature syphilitique est affirmée par les antécédents, par la concomittance d'autres accidents spécifiques, et, enfin, par les bons effets du traitement. Einhorn range les cas qu'il a observés en 3 groupes, : les ulcères syphilitiques dont il rapporte 2 cas. Dans le premier cas, une femme de 30 ans souffrait depuis trois mois de violentes douleurs après les repas et vomissait de temps en temps. Elle avait eu la syphilis trois ans auparavant. Le traitement par des frictions mercurielles et par l'iodure de potassium produisit une amélioration au bout de quinze jours et amena la guérison en six semaines.

Dans le second cas, une femme de 33 ans était syphilitique depuis l'âge de 26 ans. Depuis deux ans, elle souffrait après les repas et avait eu d'abondantes hématémèses. Soumise au traitement ordinaire de l'ulcère gastrique, elle se remit incomplètement ; la guérison fut amenée par l'iodure de potassium.

Une seconde forme constitue la tumeur syphilitique de l'estomac, forme assez rare et dont le diagnostic avec le cancer est très difficile, et souvent l'erreur est commise.

En voici deux faits : Une femme de 35 ans, syphilitique depuis deux ans, souffrait depuis 6 mois après les repas ; une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie pouvait être perçue par le palper sous le rebord des côtes gauches. L'existence d'ostéite des vertèbres dorsales permit de mettre l'affection sur le compte de la syphilis. Le traitement mixte amena la disparition complète de la tumeur et des douleurs syphilitiques depuis l'âge de 32 ans.

Un homme de 50 ans, souffrait depuis 18 ans de troubles gastriques ; une tumeur douloureuse apparut dans la région épigastrique. Le traitement mixte amena la guérison.

La troisième forme est la sténose syphilitique du pylore, qui a une grande importance au point de vue pratique.

Dans une observation, un homme de 37 ans, syphilitique de 30 ans, souffrait de l'estomac depuis trois ans. Les douleurs devinrent de plus en plus vives, il commença à maigrir et des signes de sténose gastrique apparurent avec une tumeur sous le rebord costal droit.

On dut lui faire des lavages de l'estomac ; le traitement amena une amélioration, mais la tumeur ne disparut et la guérison ne fut complète qu'après l'administration d'iodure de potassium à haute dose.

Dans une seconde observation, le pylore n'était pas palpable, et le diagnostic d'un début de constriction ne put être fait que d'après les résultats obtenus par l'examen du contenu stomacal. Ces faits de guérison par le traitement spécifique méritent toute notre attention.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Pleurésie syphilitique primaire. — Nous croyons à bon droit pouvoir appeler nouveau ce type morbide, sur lequel le Prof. De Dominicis (Acad. de Naples, janvier 1901) vient d'insister. Parmi les nombreuses formes de pleurésies, il y en a quelques-unes qui présentent une physionomie tout à fait spéciale. Elles ont en effet une marche très longue, de 3 à 7 ans et au-delà. Débutant par un processus exsudatif, bientôt à l'exsudation se substitue un processus hyperplasique, et celui-ci demeure non seulement obstiné même après l'évacuation plusieurs fois

Digitized by Google

renouvelée de l'exsudat, mais croît toujours, malgré tous les soins les plus attentifs. Dans ces formes manque la douleur aiguë, et, à sa place, il y a des douleurs vagues augmentant quelquefois pendant la nuit; la fièvre est atypique, irrégulière, inconstante au commencement ; puis elle s'abaisse tout à fait. A cette symptomatologie s'ajoutent les phénomènes physiques, de considérables épaississements de la plèvre, largement étendus, sans aucune trace d'altération de la paroi thoracique, et, en outre, une cachexie plus ou moins remarquable, mais tout à fait différente de celle des néoplasies malignes. On n'aperçoit aucune altération appréciable dans le poumon, ni dans les autres organes, qui puisse faire naître des soupçons de tuberculose.

Se fondant sur l'existence d'une polyadénie, avec localisation caractéristique aux ganglions épitrochléens, De Dominicis admet l'existence d'un *substratum* syphilitique.

Ayant appliqué le traitement mercuriel, dès les premières injections, quasi par enchantement, les signes pleuraux commencèrent à se modifier, jusqu'à la réintégration totale, obtenue de bonne heure, et même avec l'amélioration de l'état général, tandis qu'elles s'étaient montrées obstinées à tout autre traitement.

C'est ainsi que la clinique ouvre le champ à une thérapie aussi décisivement efficace que rationnelle à laquelle on ne songeait pas jusqu'ici, et par cela les malades, faute de traitement convenable, étaient livrés à eux-mêmes.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Un nouveau diurétique, l'agurine. — On sait que la théobromine est très peu soluble : pour remédier à ce défaut, on a obtenu, par sa dissolution dans une lessive de soude, une théobromine sodée, soluble dans l'eau, mais ayant des propriétés caustiques. Le Dr Impens, de Bruxelles, pour faire disparaître cette causticité, a combiné la théobromine sodée à l'acétate de sodium, et a obtenu ainsi un sel soluble dans l'eau, à réaction alcaline, auquel il a donné le nom d'agurine. Le seul inconvénient de ce sel est sa tendance à se décomposer dans une solution, en ses deux principes constituants.

D'après les expériences de M. Destrée, de Bruxelles (*Société de thérap.*), l'agurine est un bon diurétique, bien supporté, grâce à sa faible causticité. Elle agit à des doses relativement faibles, 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour. Ses effets ne portent pas seulement sur la quantité d'eau éliminée, mais aussi sur les éléments solides excrétés par le rein, principalement les phosphates. A ce titre, le médicament doit être rejeté quand il y a phosphaturie. Les effets persistent plusieurs jours après la cessation de son administration ; mais ils sont inconstants et peut-être nocifs dans les affections rénales.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La médication cacodylique. — M. A. Gautier termine par les conclusions suivantes la seconde partie de son mémoire, dont nous avons résumé la première partie dans le précédent numéro du journal :

Les préparations cacodyliques rendent de remarquables services dans les affections les plus diverses, et particulièrement dans les maladies consomptives, la tuberculose pulmonaire au premier et au second degrés, les tuberculoses osseuses et viscérales, le diabète, les neurasthénies avec dépérissement général et affaiblissement des fonctions, les troubles de la vision, l'intoxication palustre, la grippe, les anémies graves, l'asthme, la chorée, les longues convalescences, les blessures avec pertes de substances, les fractures, les suites de grossesses répétées, les vomissements incoercibles, le myxœdème, les maladies de la peau, etc.

Ils ont donné des résultats variables ou douteux dans la maladie de Parkinson, les dégénérescences qui accompagnent les troubles psychiques et dans le cancer.

Ils peuvent être employés durant des années consécutives sans provoquer aucun désordre de la nutrition, aucune congestion du côté du foie, des reins, du tube intestinal, des centres nerveux, de la peau.

Ils agissent en excitant la reproduction des cellules, multipliant les hématies, rajeunissant les tissus et conférant à l'économie une extraordinaire résistance aux déchéances de cause morbide.

Traitement de l'infection puerpérale, par M. Budin. — (Voir page 455), *(9 juillet).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Fracture du crâne méconnue pendant la vie. — M. Rendu. Il s'agit d'un homme, âgé de 46 ans, entré à l'hôpital le 21 juin, et atteint d'aphasie et d'obnubilation cérébrale sans paralysie faciale ni hémiplégie des membres. Quelques jours auparavant, il était tombé de voiture. Cependant la peau du crâne ne présentait pas la moindre ecchymose ni trace de contusion. Très rapidement l'état de ce malade s'aggrava : il était somnolent, ne pouvait plus se tenir debout ; le pouls devint lent ; une légère parésie faciale apparut à gauche ; la raie méningitique se développait très nette.

La ponction lombaire donna issue à un liquide clair, transparent, très légèrement teinté de jaune, contenant quelques lymphocytes mononucléaires, semblables à ceux signalés dans la méningite tuberculeuse.

La présence de ces lymphocytes confirma le diagnostic de méningite tuberculeuse à laquelle on attribua la chute initiale. Deux jours après le malade succombait, présentant une hémiplégie gauche complète et élévation finale de la température (40°).

A l'autopsie, on trouva une ecchymose sous-cutanée occupant la moitié postérieure de la tête, sans lésion du cuir chevelu ; une fracture linéaire entamant le pariétal gauche, la fosse temporale moyenne, le frontal avec un prolongement sphénoïdal, jusqu'à la rainure interpariétale; et enfin dans l'hémisphère cérébral gauche un double épanchement sanguin très abondant comprimant le cerveau, situé d'une part entre la dure-mère et le pariétal

Digitized by Google

gauche, et d'autre part un second épanchement sanguin occupant toute la moitié gauche du crâne et ayant déterminé un ramollissement très accentué de l'écorce de cette moitié gauche du cerveau.

Ce fait montre qu'une fracture du crâne peut exister sans aucun symptôme objectif appréciable, puisqu'on l'avait cherchée et qu'on avait pas trouvé la moindre trace de traumatisme.

Le cytodiagnostic a contribué à confirmer l erreur en montrant comme unique caractère du dépôt une prolifération de lymphocytes analogues à ceux de la méningite tuberculeuse. Ceci prouve que toute lésion irritative des méninges, de quelque nature qu'elle soit, se traduit par une formation leucocytaire dont il n'est pas toujours facile d'interpréter la valeur diagnostique.

Urémie lente à forme bulbaire. — M P. Londe rapporte une observation de mal de Bright, chez une femme de 42 ans, cardiaque depuis longtemps, que l'on peut résumer de la façon suivante :

La série des troubles variés présentés par cette malade commence par un syndrome qu'on peut considérer comme bulbaire : vomissements, crises d'angoisse avec ou sans gastralgie, crises d'étouffement, crises de tachycardie avec signes d'urémie qui s'accentuent jusqu'à la fin. Puis on observe des hémorrhagies pulmonaires et intestinales, de l'œdème des membres, de l'amaigrissement ; des troubles psychiques divers reliés les uns aux autres par une anxiété des plus typiques. Pendant presque toute la durée de la maladie, la respiration de Cheyne-Stokes a été le rythme respiratoire habituel. Enfin, une paralysie labio-glosso-laryngée a été la phase terminale de cette longue maladie.

Le médicament qui a réussi le mieux à calmer l'anxiété mélancolique et l'angoisse de la respiration de Cheyne-Stokes a été l'opium. Malgré l'urémie, une très petite dose intermittente 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de poudre d'opium brut, en suppositoire, a suffi à procurer un grand soulagement à cette malade. Des injections de sérum, conseillées par M. Huchard, eurent un bon résultat.

Pendant la période de respiration périodique, la théobromine a eu un effet plus favorable que la digitaline à petites doses. Administrée à la dose de 1 gr. 50 pendant trois jours consécutifs et suspendue, puis reprise, elle a donné une diurèse très nette et plus prolongée. Des saignées répétées amenèrent un soulagement momentané.

Autres communications. — Technique pour l'étude clinique de la coagulation du sang, par M. Milian. La sensibilisatrice dans le sérum des tuberculeux, par MM. Widal et Le Sourd. Méningite cérébro-spinale, cytodiagnostic, constatation du méningocoque dans le nez et la gorge, guérison, par MM. Griffon et Gaudy.

Méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire, guérison. Etude cytologique, par MM. Apert et Griffon *(5 juillet)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Dégénérescence fibreuse du corps thyroïde. — M. Ricard. Cette lésion, assez rare, se présente sous la forme d'une tumeur dure, de consistance ligneuse, prenant lieu et place du corps thyroïde, envahissant la carotide, la jugulaire, le pneumogastrique, le récurrent, la trachée, l'œsophage. Il est dès lors facile de déduire les troubles de la respiration, de la phonation, de la déglutition qui résultent de la compression des organes de la région antérieure du cou.

Au point de vue microscopique, la lésion est constituée par du tissu fibreux adulte non encapsulé ; le plus souvent il n'y a plus de vésicules thyroïdiennes.

Grâce à la netteté des signes cliniques, il est facile de faire le diagnostic de cette dégénérescence du corps thyroïde. Il n'est que trop facile également d'en poser le pronostic fatal lorsque surviennent les troubles graves et progressifs de compression.

En présence de cette affection à marche progressive, il est urgent de tenter l'extirpation de la glande, comme M. Ricard en rapporte un exemple favorable, avant qu'un état trop avancé de l'affection ait rendu impossible l'exérèse totale.

Rachicocaïnisation suivie de mort. — M. Broca fait un rapport sur l'observation suivante, envoyée par M. Prouff. de Morlaix :

Une femme de soixante deux ans s'était fait à la plante du pied, avec un clou du parquet, une petite plaie au niveau de la tête du 3e métatarsien. Après cicatrisation, la région continua d'être douloureuse, en sorte que la malade se persuada qu'il était resté un corps étranger, et, malgré une radiographie négative, elle exigea qu'on y allât voir. Elle vint donc à l'hôpital le 3 juin, à 8 heures du matin, pour subir cette petite opération.

Comme le dit fort bien M. Prouff, une cocaïnisation locale aurait suffi ; mais la malade était atteinte en outre d'une ancienne arthrite coxo-fémorale bilatérale sur laquelle M. Prouff voulut se renseigner grâce à l'anesthésie. Aussi se résolut-il à la rachicocaïnisation, et il injecta au lieu d'élection, « lentement, avec les précautions d'usage », le contenu « d'une ampoule Carrion de 1 centimètre cube à 1 p. 100 », après avoir laissé écouler du liquide céphalo-rachidien parfaitement clair. Cette ampoule datait de deux mois environ et avait été conservée dans sa boîte. Elle était d'une limpidité parfaite.

Voici maintenant, pour la suite, l'observation textuelle de M. Prouff.

Au bout de quinze minutes environ, le pied étant aseptisé, je fis, au niveau de la cicatrice laissée par la pointe, une petite incision cruciale et explorai à loisir la région, car la malade ne sentait rien. Il n'y avait pas de corps étranger.

A ma grande surprise, car jusqu'alors les rachicocaïnisations me donnaient des malaises plus précoces, la petite opération était terminée et Mme G... n'éprouvait ni chaleur, ni angoisse, ni

Digitized by Google

vomissements, etc. En revanche, elle fut tout heureuse de constater qu'elle marchait avec une facilité inaccoutumée, sans même avoir besoin de la canne. Et, en effet, les mouvements imprimés ou volontaires étaient devenus beaucoup plus étendus, du fait de l'analgésie. Rapidement, par le palper et l'auscultation, je constatai que l'articulation coxo-fémorale était très sèche, et engageai la malade à rentrer aussitôt chez elle, à 200 mètres à peine de la table d'opération, à se coucher et à ne pas s'inquiéter si elle éprouvait quelques malaises.

Jusqu'à 20 mètres de sa maison, tout alla très bien. Mme G... s'apprêtait à étonner ses voisins par la facilité de son allure. Mais, à ce moment, elle se sentit faible, et dut se faire aider à monter ses deux étages. On la mit sur son lit, et personne ne s'inquiéta.

Vers 1 heure pourtant, — quatre heures environ après l'injection, — ses cris étaient tellement forts, les douleurs lombaires si épouvantables, qu'un voisin vint me chercher. Je la rassurai, lui disant que c'était toujours comme ça. On revint à 2 heures, puis à 3 heures. Je n'étais plus tout à fait tranquille. Enfin, à 4 heures — sept heures après l'injection — je constatai une pâleur un peu livide de la face, avec agitation et angoisse extrêmes. Le pouls était petit, rapide, facile à compter pourtant. Les cris étaient terribles. C'était des reins surtout qu'elle se plaignait. Je fis lever la malade, et, soutenue assez fortement par un voisin et moi, elle put faire, sans menace de syncope, le tour de la table. Puis, ont la recoucha, et de nouveau je rassurai tout le monde : « C'est pénible assurément, très pénible même, mais ça ne durera plus longtemps, et ça finit toujours bien. »

A 4 heures du matin, le 4 juin, dix-neuf heures après l'injection, elle était morte, criant épouvantablement presque jusqu'à la dernière heure.

Dans cette observation, il n'y a qu'un fait que l'on peut reprocher à l'auteur : avoir fait lever et marcher la malade trop tôt après l'opération. On ne doit pas moins le remercier de nous avoir appris que 1 centigramme de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien peut tuer une femme de 62 ans qui a fait 200 mètres à pied une heure après l'injection.

M. Nélaton a observé un cas où des accidents très graves, qui durèrent 18 heures, survinrent après une rachicocaïnisation. Pendant trois heures on dut faire la respiration artificielle et plus tard des injections sous-cutanées de caféine. La malade a survécu.

M. Chaput. Relativement aux accidents consécutifs à la rachicocaïnisation, a fait plusieurs fois la ponction évacuatrice tardive contre les céphalées persistantes et contre les accidents d'étouffement d'ailleurs légers ; ces ponctions, en faisant baisser la tension du liquide céphalo-rachidien et en soustrayant une certaine quantité de cocaïne subsistant, ont donné d'excellents résultats.

M. Guinard. Les études minutieuses de MM. Ravaut et Aubourg montrent que toute injection dans le sac arachnoïdo-pie-mérien provoque dans les vaisseaux méningés un mouvement de défense (une vaso-dilatation) qui s'accompagne d'une pluie diapédique d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien avec hypertension. Plus ce processus défensif est intense (susceptibilité individuelle), plus la céphalée, l'hyperthermie sont prononcées.

Notre technique, consistant à employer comme véhicule de la cocaïne le liquide céphalo-rachidien lui-même, paraît se rapprocher logiquement de l'idéal, qui est d'introduire dans le sac un minimum d'éléments étrangers.

M. Segond a observé de tels accidents après la rachicocaïnisation : maux de tête, pâleur des téguments, trépidations gênant l'opérateur, qu'il a renoncé à ce mode d'anesthésie.

M. Walther. Il est certain que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, cette pluie de leucocytes succédant à l'irritation des méninges après l'injection de cocaïne, explique très clairement certains accidents méningés observés : décubitus latéral, flexion des membres inférieurs, abolition des réflexes, vomissements, rachialgie, céphalalgie. Ces accidents ne peuvent être mis sur le compte de la station debout et de la marche, capables de provoquer des vertiges, des troubles immédiats, mais non une réaction méningée persistante *(3 juillet)*.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne, par A. Broca, chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Cette monographie est la suite naturelle du volume publié il y a quelques années par MM. Broca et Lubet-Barbon sur le traitement des mastoïdites. L'auteur n'a pas voulu donner ici une description didactique et complète de l'oreille moyenne et de ses annexes, mais il a eu pour but de bien mettre en relief les différents repères, grâce auxquels le chirurgien marchera à coup sûr, d'insister sur la structure de l'apophyse, sur la disposition de ses cellules, de préciser la situation des organes qu'il est indispensable de ménager. Cette brochure rendra les plus grands services à ceux toujours plus nombreux, qui savent l'importance d'une intervention opportune et bien conduite dans les suppurations de l'oreille moyenne. De très nombreuses figures illustrent le texte, montrant l'anatomie aux divers âges, les variations de rapports, les temps opératoires. L'*Œuvre médico-chirurgical* a publié là une œuvre d'ordre tout à fait pratique.

Notes sur l'**Asepsie opératoire dans la pratique de la chirurgie courante**, par le Dr Charier (d'Angers).

Cet opuscule s'adresse toujours au praticien opérant au dehors de l'hôpital, à la campagne, dans un milieu défectueux : il trouvera dans ce petit livre des renseignements très intéressants sur la matière chirurgicale, sur la stérilisation des mains de la région opératoire, des instruments, des compresses.

La lecture de ce livre sera certainement utile au praticien qui y trouvera tous les éléments pour mener à bien une opération même dans les conditions en apparence les plus mauvaises.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Comment faut il traiter les kératites ?

Par F. TERRIEN, *chef de clinique à la Faculté*

NOTIONS GÉNÉRALES. — Toute inflammation de la cornée, qu'elle soit superficielle ou profonde, reconnaît, en général, une origine infectieuse. Cette infection peut être *primitive*, qu'elle ait une origine exogène comme cela arrive, par exemple, à la suite de lésions superficielles de cette membrane (érosions, coups d'ongle, éraillures, etc.), ou une origine endogène, plus rare (abcès de la cornée chez les diabétiques). La kératite, dans les deux cas, constitue toute la maladie.

L'infection, au contraire, peut être *secondaire* et apparaître comme épiphénomène au cours d'une conjonctivite ou à la suite d'une dacryocystite ou d'une blennorrhée du sac méconnue. Le traitement de l'affection causale ou coexistante en pareil cas ne doit pas être négligé, mais le plus souvent la kératite une fois constituée réclame un traitement identique, quelque soit le facteur étiologique.

On peut, au point de vue clinique, en distinguer deux grandes variétés. suivant que l'épithélium cornéen qui tapisse la face antérieure de la cornée est ou non respecté. Dans le premier cas, il y a seulement *infiltration* de la cornée et *ulcère* dans le second. On pourrait y ajouter l'abcès de la cornée qui diffère de l'infiltration, qui est essentiellement diffuse, par sa couleur jaunâtre et par sa limitation. Il est constitué par des globules de pus amassés entre les lames cornéennes et n'est le plus souvent que le premier stade de l'ulcère.

L'infiltration est généralement liée à une infection endogène ou à un trouble dystrophique (syphilis héréditaire, tuberculose, rachitisme, etc.) et le type classique nous est fourni par la kératite parenchymateuse ou kératite d'Hutchinson.

L'ulcère, au contraire, est dû le plus souvent à une infection d'origine ectogène, les germes pathogènes pénétrant dans la cornée à la faveur d'un traumatisme ayant déterminé une solution de continuité dans l'épithélium cornéen.

Dans les deux cas, le diagnostic est facile. On reconnaîtra l'infiltration à l'aspect blanc grisâtre de la cornée à ou niveau, rappelant celui du verre pilé. La région infiltrée est dépolie et a perdu son brillant, tandis que la taie est plus blanche, lisse et miroite. L'ulcère, en plus de son aspect blanchâtre et mat, présente une différence de niveau.

Enfin, dans les deux cas (infiltration et ulcère), il existe une réaction ciliaire qu'on ne rencontre pas dans les taies de la cornée. Elle se traduit par une injection vasculaire de toute la région environnant le limbe scléro-cornéen qui prend un aspect rouge bleuâtre et est parcourue par de gros vaisseaux remplis de sang. C'est l'*injection péri-kératique*. Elle témoigne, par sa seule présence, d'une affection de la cornée et de la membrane irienne qui, si elles sont peu marquées pourraient passer inaperçues au premier abord. Cette injection, si légère soit-elle, doit donc faire éliminer le diagnostic de conjonctivite seule et montre que l'affection est plus profonde. La cornée sera soigneusement examinée à l'éclairage oblique à l'aide de la loupe et cet examen permettra de constater la présence d'un corps étranger ou d'un petit ulcère.

Cette injection due à la réplétion des vaisseaux ciliaires antérieurs, diminue d'intensité en s'éloignant du limbe et ne s'étend jamais à plus d'un centimètre et demi en dehors de lui. On la distinguera donc facilement de l'injection conjonctivale qui peut exister en même temps et qu'on peut reconnaître à sa teinte rouge vif. Les vaisseaux ici sont superficiels et ne sont plus vus par transparence à travers la muqueuse, d'où leur coloration rouge. De plus, l'injection conjonctivale occupe toute l'étendue de la conjonctive palpébrale et on peut, par de petits mouvements de latéralité imprimés à la muqueuse en frottant la paupière sur la conjonctive, faire glisser cette dernière sur le tissu sous-jacent et s'assurer ainsi que l'injection est plus profonde, s'il s'agit d'une injection péri-kératique.

Le traitement est bien différent, suivant qu'il s'agit d'une infiltration ou d'un ulcère.

L'épithélium étant respecté dans le premier cas, il suffit de favoriser la résorption des leucocytes accumulés entre les lamelles cornéennes. Dans l'ulcère, au contraire, il y a perte de substance : l'épithélium et une partie du tissu cornéen ont disparu ; la porte est largement ouverte à l'infection et il faut, avant tout, favoriser la réparation et éviter l'infection secondaire de l'ulcère. Or, c'est là une loi de pathologie générale que la cicatrisation d'une plaie est d'abord épithéliale avant d'être dermique. On le constate nettement dans les plaies de la cornée où l'épithélium vient très vite combler la perte de substance tandis que le tissu de cicatrice vient seulement plus tard remplacer le tissu cornéen absent.

Le mécanisme est identique à celui qui se passe chez l'embryon où nous voyons tout d'abord la nature fournir un revêtement épithélial de manière à protéger l'œuf contre les influences extérieures et assurer le développement des feuillets et des organes qui en dérivent.

(1) RANVIER. Recherches expérimentales sur le mécanisme de la cicatrisation des plaies de la cornée. *Archives d'anatomie microscopique*, I, p. 44 et 176.

Digitized by Google

Favoriser la réparation épithéliale et empêcher la pénétration de germes septiques par la perte de substance au moyen de pansements occlusifs, tel est le fond du traitement des ulcères de la cornée.

1° Infiltration cornéenne. Kératite parenchymateuse. — Le type de cette infiltration nous est fourni par la kératite parenchymateuse ou kératite d'Hutchinson. Au début, à la période d'infiltration, l'affection est caractérisée par une accumulation nombreuse de leucocytes entre les lames cornéennes, d'où résulte cet aspect porcelanique, analogue à du verre pilé et caractéristique. Puis, vers le début du deuxième mois, apparaissent des vaisseaux de nouvelle formation qui, partis du limbe scléro-cornéen, pénètrent dans la cornée, s'y ramifient et constituent avec la circulation leucocytaire le principal agent de réparation. Une partie des leucocytes est emportée peu à peu au dehors, ceux-ci ayant cheminé entre les lames de la cornée jusqu'au limbe : l'autre partie est reprise par ces vaisseaux de nouvelle formation et emportée dans la circulation générale. Après un temps variable, trois, quatre, six mois, la cornée s'éclaircit en partie, plus ou moins complètement, et il ne persiste plus que quelques taies disséminées justiciables du traitement habituel.

Le traitement se bornera donc, comme tout traitement médical intelligent, à favoriser le processus naturel de réparation et à empêcher les complications qui peuvent survenir. Celles-ci, heureusement assez rares, sont capables, lorsque les membranes profondes sont envahies, d'entraîner la phtisie du globe. Elles nécessitent un traitement spécial et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Traitement local. — Période d'infiltration. On prescrira tout d'abord des compresses chaudes, sous la forme de rondelles minces de coton hydrophile trempées dans l'eau de fleur de sureau bien chaude et bien exprimées. Elles seront appliquées sur l'œil, les paupières fermées, et renouvelées toutes les trois ou quatre minutes pendant une demi-heure. On répétera les séances trois ou quatre fois par jour, et ce procédé très simple est un excellent agent de réparation. La chaleur active la circulation entre les lames cornéennes, favorise les échanges nutritifs et modère en même temps les phénomènes irritatifs. Il sera donc employé dans presque toutes les affections de la cornée, excepté chez certains malades qui ne peuvent supporter la chaleur et chez lesquels l'œil rougit aussitôt après l'application des compresses.

Le port de lunettes fumées, en diminuant la quantité de lumière, calmera la photophobie qui peut accompagner la kératite et protégera la cornée contre les poussières de l'air. On peut être embarrassé sur la teinte à prescrire, craignant de donner une couleur trop foncée ou trop faible On se rappellera que les différentes teintes fumées sont graduées par intensité croissante de 1 à 6. La teinte n° 3 est la plus généralement adoptée.

Enfin on prescrira des instillations quotidiennes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 05
Eau distillée bouillie	10 grammes

Ces instillations seront répétées chaque jour ou tous les deux ou trois jours, jusqu'à dilatation suffisante de la pupille qui sera maintenue ainsi, de manière à prévenir l'infection des membranes profondes (iritis et irido-cyclite), complication assez rare mais qui s'observe néanmoins et peut se terminer par phtisie du globe.

La tension du globe sera donc exactement surveillée pendant tout le cours du traitement (1). Elle est généralement diminuée, aussi bien dans la kératite parenchymateuse que dans les autres variétés de kératite. Si le tonus s'élève, ce qui est rare, on cesserait aussitôt l'emploi du mydriatique pour le reprendre une fois la tension redevenue à la normale.

C'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister. L'atropine, par la dilatation pupillaire qu'elle détermine, rend les plus grands services. C'est un moyen prophylactique et thérapeutique excellent, mais *il a l'inconvénient d'élever la tension intra-oculaire*, en particulier sur les yeux pathologiques ou prédisposés. Il devient capable alors de déterminer une attaque de glaucome et d'entraîner la perte du globe.

C'est un médicament dangereux qui ne doit être prescrit qu'à bon escient et qui ne peut être laissé entre les mains des malades sans être surveillé. Il ne saurait donc être ordonné, comme on le fait malheureusement trop souvent, au même titre que la plupart des collyres et pommades inoffensives, lorsque le diagnostic est hésitant.

On peut ignorer la thérapeutique propre à chaque affection, mais il n'est pas permis d'employer alors des agents susceptibles de déterminer des accidents. L'atropine fait partie de ceux-là, il ne faut pas l'oublier.

Que de fois n'avons-nous pas vu des malades venir dans les cliniques après avoir été traités tout d'abord par leur médecin au moyen de l'atropine et venir avec un œil plus ou moins compromis, une vision

(1) Nous rappelons la manière de rechercher le tonus intra-oculaire ; recommandant au malade de regarder en bas, les deux index sont appuyés sur la paupière supérieure et par de petits mouvements alternatifs de pression digitale très légère, comme lorsqu'on interroge la fluctuation dans un abcès, on se rend compte de la différence du tonus en examinant successivement les deux yeux.

Digitized by Google

presque perdue, alors qu'un traitement convenable et surtout *la suppression de l'atropine* eût suffi a enrayer tous les accidents.

A la période de régression, on peut recourir aux moyens excitants comme le calomel, la pommade au précipité jaune, les pulvérisations d'eau chaude légèrement sulfureuse, tous agents qui devront d'abord être essayés prudemment, après s'être assuré que l'œil les supporte bien et n'est pas trop irrité par eux. Ils sont surtout indiqués lorsque l'infiltration a fait place au tissu de cicatrice (taie) afin d'obtenir l'éclaircissement de la tache et seront étudiés plus loin avec le traitement des taies de la cornée.

Traitement général. — Il sera dirigé contre la maladie causale. Lors de syphilis héréditaire, on prescrira le mercure sur toutes ses formes, de préférence en injections ou en frictions alternant avec l'iodure de potassium. Lors de scrofule, de rachitisme ou de tuberculose, on aura recours au traitement habituel : huile de foie de morue, iodure de fer, eaux minérales iodées, bains salés (7 à 8 kilos de sel marin pour un bain), frictions sèches sur tout le corps, fortifiants, etc...

L'iodoforme à l'intérieur, que nous avons vu souvent employer par M. Panas, donne de bons résultats; on le prescrira sous cette forme qui le rend facilement acceptable :

Iodoforme pulvérisé..... ...	0 gr. 20
Poudre de café.....	0 — 40
Pour un cachet.	

Cette dose est celle d'un adulte; elle serait diminuée suivant l'âge du sujet.

2° Kératite superficielle. — Quelquefois l'infiltration, au lieu d'être interstitielle, c'est-à-dire dans l'épaisseur même des lames de la cornée, siège tout à fait à la surface. En même temps, elle est moins diffuse, plus limitée et l'épithélioma cornéen à ce niveau a perdu son brillant. L'aspect rappelle un peu celui d'une vitre transparente sur laquelle on aurait soufflé et où l'humidité se serait condensée. Enfin, un dernier caractère important de l'affection est de siéger sur les parties centrales de la cornée, au niveau des parties découvertes et non protégées par les paupières.

Si on recherche la sensibilité des parties voisines de la cornée demeurées saines, au moyen d'une barbe de plume ou de papier promenée légèrement à la surface de la membrane, on constate que celle-ci est très diminuée ou même abolie.

Cette variété d'infiltration encore mal décrite, succède, en général, à une conjonctivite légère et l'étiologie en est peu connue. Beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, elle est due, croyons-nous, en partie à l'anesthésie de la cornée que nous avons presque toujours rencontrée et qui, souvent, pourrait être rapportée à l'alcoolisme. Quoi qu'il en soit, la présence de cette anesthésie est importante à retenir au point de vue du traitement.

La cornée ayant perdu sa sensibilité, en tout ou en partie, le réflexe palpébral ne se fait plus et la membrane se trouve exposée au contact de l'air extérieur, continuellement irritée par les poussières de l'atmosphère. Il importe donc, en plus des topiques employés dans les ulcères de la cornée et que nous rapportons plus bas, de la protéger à l'aide du pansement occlusif. Le port de verres fumés et une petite rondelle de coton hydrophile interposée entre le verre et l'œil peut le remplacer au besoin.

Souvent même ces précautions sont insuffisantes, et la guérison ne peut être obtenue que par la suture temporaire et partiellle des deux paupières (*tarsorrhaphie médiane*); nous en avons observé plusieurs cas.

Les deux lèvres meibomiennes des deux paupières sont avivées à la partie moyenne sur une largeur d'un centimètre environ et suturées. Les fils sont enlevés le septième ou huitième jour et par les parties externe et interne de la fente palpébrale demeurées libres on peut introduire les collyres et pommades appropriées et surveiller la marche de l'affection. Le petit pont palpébral ainsi formé, ne serait sectionné que si l'infiltration est en voie de régression et lorsque la sensibilité cornéenne a reparu.

Le traitement local sera utilement complété par l'emploi de compresses chaudes fréquemment renouvelées, lesquelles conviennent à presque toutes les variétés de kératite.

3° Ulcères de la cornée. — Le principe ici est d'éviter l'infection et de favoriser la réparation épithéliale. Le traitement local consiste donc avant tout dans l'occlusion de l'œil, à laquelle on ajoutera l'emploi de topiques antiseptiques introduits dans le cul-de-sac conjonctival et les instillations d'atropine pour prévenir la propagation de l'infection aux membranes profondes (iritis et irido-cyclite).

Les topiques habituellement employés sont le bleu de méthylène et la pommades iodoformées qui seront ainsi prescrits :

Violet de méthyle 6 B, chimiquement pur.	0 gr. 10
Eau distillée bouillie.....	10 grammes
Iodoforme pulverisé	0 gr. 20
Vaseline pure....	10 grammes

Aussitôt après l'instillation du collyre au bleu de méthylène on introduit dans le cul-de-sac conjonctival, avec une spatule flambée au préalable, gros comme un grain de blé de la pommade iodoformée, et un pansement occlusif sec est appliqué.

Digitized by Google

Le traitement général varie avec l'infection causale. Souvent la kératite est liée à un état purement local ; la kératite phlycténulaire coïncide presque toujours avec l'impétigo de la face et se développe surtout sur un terrain scrofuleux ou tuberculeux. Les bains salés, les fortifiants, etc., compléteront alors le traitement. Si elle est déterminée par une affection des paupières concomitante (blépharite, entropion, trichiasis, etc.) celle-ci serait naturellement traitée tout d'abord.

Dans les ulcères résultant d'une brûlure de la cornée, on se trouvera bien du chlorhydrate de cocaïne employé en solution huileuse à 2 0/0. Ainsi prescrit, ce collyre diminue la douleur et favorise la réparation de la cornée.

Marche de l'ulcère. — Dans les cas bénins, l'ulcère se cicatrise naturellement et la perte de substance se répare, laissant seulement par la suite une tache blanche opaque qui trouble la vision si elle siège près de la pupille (leucome). Cette taie de la cornée sera traitée par tous les moyens éclaircissants dont nous disposons (voy. plus bas).

Ailleurs, au contraire, l'ulcère ne présente aucune tendance à la cicatrisation, soit parce que la cornée a perdu toute sensibilité (*kératite neuro-paralytique*), ou parce que l'agent infectieux est particulièment nocif (kératite à pneumocoque ou à streptocoques), ou que la lésion cornéenne coïncide avec une affection des voies lacrymales ou une blennorrhée du sac.

Dans le premier cas (kératite neuro-paralytique) le développement de l'ulcère est favorisé et souvent déterminé par la perte de sensibilité de la membrane qu'on doit toujours rechercher ; le clignement palpébral ne se fait plus et la cornée n'est plus protégée ; c'est un véritable ulcère trophique. De même la paralysie faciale, par l'impotence fonctionnelle du muscle orbiculaire qu'elle entraîne, peut produire le même résultat (kératite par lagophtalmie).

La première indication à remplir est l'occlusion palpébrale, celle que nous venons de décrire, qui seule peut permettre la réparation en protégeant la cornée. Les paupières sont ouvertes une fois la réparation effectuée.

On peut voir aussi cet ulcère trophique se développer sur des yeux anciennement glaucomateux. Il s'agit presque toujours d'une infection ectogène, l'agent pathogène pénétrant à la faveur d'une éraillure épithéliale. La cornée ayant perdu toute sensibilité sur ces yeux hypertones n'offre plus une vitalité suffisante pour faire les frais d'une réparation ; l'ulcère creuse en profondeur, aboutit à la perforation et la panophtalmie est la règle.

Dans les autres cas (ulcère serpigineux), on commencera par le traitement de l'affection lacrymale si elle existe et, lorsque l'ulcère est progressif ou ne présente aucune tendance à la cicatrisation, le mieux est de recourir à la cautérisation ignée.

C'est la méthode de choix toutes les fois que l'ulcère n'évolue pas naturellement vers la guérison. Elle peut être faite avec la pointe fine d'un thermocautère ou plus simplement avec l'extrémité mousse d'un crochet à strabisme rougi au préalable.

L'œil ayant été anesthésié quelques minutes auparavant à l'aide du collyre à la cocaïne, le malade est couché et le blépharostat est mis en place. Le globe est fixé tout contre le limbe scléro-cornéen avec la pince fixatrice tenue de la main gauche, tandis qu'avec le crochet à strabisme tenu de la main droite et préalablement porté au rouge sombre dans la flamme d'une lampe à alcool, le chirurgien touche légèrement la surface et surtout les bords de l'ulcère. On se rappellera que la cornée mesure environ un millimètre d'épaisseur et on se gardera d'aller trop profondément. Toute ulcération tardant à se cicatriser et revêtant un certain caractère de gravité est justiciable de cette méthode : les ulcères étendus à hypopyon, surtout ceux d'origine lacrymale ; l'ulcère rongeant, l'ulcère serpigineux ou consécutif à la conjonctivite blennorrhagique, doivent être détruits par le feu qui constitue le moyen antiseptique le plus puissant dont nous disposions contre l'infection. Tout le tissu nécrosé sera largement cautérisé avec les foyers purulents s'ils existent ; on s'attachera surtout à détruire le bord de l'ulcère et la cautérisation peut être répétée au bout de quelques jours si les lésions continuent à évoluer (1). L'effet obtenu est très réel : on voit l'ulcère régresser après une ou plusieurs cautérisations. Sans doute, toute la partie détruite est remplacée par un tissu de cicatrice opaque, mais ce processus de sclérose est la terminaison habituelle de tout ulcère arrivé à la période de cicatrisation, et la cautérisation ignée ne fait que hâter la réparation.

Elle est encore indiquée dans les petits ulcères de la cornée consécutifs à une kérato-conjonctive phlycténulaire ou à un corps étranger de cette membrane et dont la reparation tarde à se faire. Il n'est pas rare de voir certains ulcères asthéniques n'ayant aucune tendance à se cicatriser se combler en quelques jours après une seule cautérisation.

(1) Pour mettre les lésions en évidence et ne pas risquer de faire trop ou trop peu, Nieden conseille d'instiller au préalable quelques gouttes d'une solution de fluorescéine à 2 p. 100. Toutes les parties malades au niveau desquelles l'épithélium fait défaut se laissent pénétrer et prennent au bout de quelques secondes une coloration verdâtre caractéristique qui tranche sur le tissu sain. (Nieden. Ueber den Werth der Fluoresceinfärbung für die galvanocaustiche Behandlung. *Cent. Bl. für praktische Aug. heilk.*, 1891, p. 129).

Digitized by Google

Si l'ulcère creuse en profondeur au point que la cornée menace de se perforer, on multiplierait les instillations de collyre à l'ésérine :

Salicylate d'ésérine..... ...	0 gr. 03
Eau distillée bouillie	10 grammes

afin de diminuer la tension et éviter la perforation. La paracentèse pourrait alors être pratiquée et cette dernière opération est encore indiquée si un épanchement purulent remplit la chambre antérieure (hypopyon).

Enfin, en dépit du traitement institué, l'ulcère peut aboutir à la perforation et deux cas peuvent se présenter. Le plus souvent, une fois la perforation effectuée, on voit l'ulcère régresser et la cicatrisation se faire. L'iris reste retenu entre les lèvres de la plaie et en leucome adhérent en est la conséquence. L'étendue de l'enclavement est en rapport avec la grandeur de l'ulcère ; s'il est minime, il peut permettre plus tard une iridectomie ; s'il est total et que le sujet soit jeune, il peut être le point de départ d'une ectasie staphylomateuse de tout le segment antérieur et devra être enlevé par la suite.

Aussitôt la perforation, si celle-ci est petite et surtout si elle est centrale, on instillera l'atropine combinée à l'emploi du bandeau compressif. Si la chambre antérieure se reproduit rapidement, le mydriatique peut empêcher la formation d'une synéchie.

Dans les cas malheureux, l'infection après la perforation gagne les membranes profondes et détermine la phtisie du globe ou la panophtalmie, nécessitant alors un traitement chirurgical spécial.

4° Taies de la cornée. — La taie (leucome) est la terminaison naturelle de l'ulcère. C'est un tissu de cicatrice formé de fibres conjonctives qui comblent la perte de substance et emprisonnent dans leurs mailles des leucocytes.

La taie est susceptible de s'éclaircir, surtout si elle est peu épaisse et si le sujet est jeune. L'âge a une très grande importance ; chez les nouveau-nés, on peut voir des opacités très épaisses consécutives à la blennorrhée disparaître complètement.

On aura recours, pour obtenir cet éclaircissement, aux moyens excitants qui seront employés dès que l'œil n'est plus enflammé et peut les supporter ; on commence par les plus faibles pour tâter la susceptibilité de l'organe.

Le plus courant est la pommade au précipité jaune :

Protoxyde jaune d'hydragyre ..	0 gr. 25
Vaseline blonde	10 grammes

dont on introduit chaque jour gros comme un petit pois dans le cul-de-sac conjonctival ; la pommade est répartie dans toute son étendue en frictionnant l'œil pendant quelques minutes par l'intermédiaire de la paupière supérieure (*massage cornéen*). Elle sera prescrite au centième ou à 5 p. 100 suivant la tolérance du sujet.

De même la pommade au calomel à la même dose, la poudre de calomel, les pulvérisations d'eau chaude ou légèrement sulfureuses (eau de Saint-Christau) favoriseront l'éclaircissement,

Elles seront employées alternativement et on changera souvent la médication pour éviter l'accoutumance de l'organe.

Enfin, pour des raisons à la fois esthétiques et optiques, on peut être amené à pratiquer le tatouage de la taie.

Il consiste à incruster d'encre de Chine les couches superficielles de la cornée et se trouve indiqué dans toutes les *taies de la cornée* suffisamment saturées pour s'opposer au passage des rayons lumineux : la tâche rendue, moins visible, se confond avec la pupille et l'acuité visuelle peut être améliorée, le trouble visuel occasionné par l'opacité tenant autant à la diffusion des rayons lumineux qu'elle détermine qu'à l'obstacle apporté à leur pénétration dans le globe oculaire. L'opération semble avoir en outre une action salutaire sur les taies anciennes, vascularisées (kératite cicatricielle) qui deviennent de ce chef moins exposées à l'exulcération.

La taie ne doit pas être trop récente ou trop riche en vaisseaux et l'œil ne présentera aucune trace de réaction. Il y a lieu d'être très circonspect lors de leucome adhérent. La moindre irritation sur ces yeux toujours plus ou moins profondément désorganisés risque de déterminer une vive réaction et mieux vaut s'abstenir alors de toute intervention,

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Essai sur la pathogénie et le traitement de l'arthritisme par suralimentation

Par le Dr Pascault

Etant donné que les reins constituent la principale voie d'élimination des dérivés azotés, on devrait, dans le cas de *travail* physique ou cérébral, constater dans les urines une augmentation de ces déchets proportionnelle à la dépense effectuée : il est aujourd'hui prouvé qu'il n'en est rien. Le rôle de l'albumine dans notre organisme se borne donc à réparer l'usure des tissus : et l'on est à peu près d'accord actuellement pour admettre qu'il suffit d'un gramme d'albumine sèche par kilo du poids du corps et par 24 heures pour parer à tous les besoins d'un homme sain. Tout ce qu'il prend en plus est dévié de son but naturel et vient concourir avec les

Digitized by Google

aliments hydrocarbonés, à fournir de la chaleur, c'est à-dire de l'énergie.

Or, à ce point de vue, le rendement de l'albumine est notablement inférieur à celui des graisses, amidons et sucres. En effet, la physiologie nous apprend que les aliments, avant d'être soumis aux oxydations, doivent être tous préalablement transformés *par le foie*, en glycogène d'abord, et plus tard en glycose. Leur puissance *dynamogénique* ne saurait donc être calculée d'après la chaleur de combustion qu'ils développeraient s'ils étaient consumés sous leurs formes primitives : en réalité elle est, comme l'a démontré M. Chauveau, en rapport avec la quantité de glycose que chacun d'eux est apte à livrer aux opérations extractives du foie (1). Ainsi modifiés dans leur structure chimique, l'amidon et le sucre produisent, en brûlant, quatre calories ; la graisse, six ; l'albumine, trois seulement, et encore en supposant qu'elle soit intégralement convertie en glycose, — ce qui n'est pas, puisqu'elle s'élimine à l'etat d'urée, d'acide urique, ou d'autres corps incomplètement oxydés. — *On doit donc à priori admettre que celui qui fait de la viande le fond de son alimentation, n'y trouve pas les éléments nécessaires pour compenser ses dépenses.*

Le seul bénéfice qu'il en retire, c'est une excitation immédiate, ayant une certaine analogie avec celle de l'alcool, et due à ce que la viande provoque de vives réactions digestives, qui, par répercussion, stimulent les centres nerveux (2), excitation en somme purement réflexe, donnant l'*illusion* de la force, poussant par cela même à l'action, *donc à la dépense.*

Ces prémisses posées, voyons ce qu'il advient chez l'homme, indemne de toute tare diathésique, qui suit un régime alimentaire mixte. Pour lui, la viande représente l'élément producteur d'énergie : aussi en use-t-il, souvent même il en abuse. Mais cette substance fournissant en réalité peu de principes utilisables comme combustible, il lui faut, pour équilibrer le budget de son organisme, en ingérer une grande quantité et lui adjoindre une proportion notable d'autres aliments. De là, une surcharge pour l'estomac qui doit réagir activement, *qui, en effet, sécrète abondamment*, surtout si les éléments surajoutés sont irritants (alcool, et en particulier absinthe (1) : condiments), ou mal mastiqués, — comme c'est la règle. — Ainsi s'établit une véritable hypersecrétion gastrique, qui maintient la faim toujours en éveil, et exige pour sa saturation l'apport, sans cesse renouvelé de nouveaux aliments : *ainsi se crée une habitude fonctionnelle vicieuse*, qui mène progressivement à la suralimentation *vraie.*

De la suralimentation vraie résulte une exagération des phénomènes d'assimilation, mettant bientôt les cellules de l'organisme en présence d'une abondance de matériaux telle qu'elles ne peuvent les utiliser qu'en accélérant leur fonctionnement. *C'est la période d'hyperfonction préarthritique.* Sa conséquence forcée, c'est la mise en circulation de déchets cellulaires extrêmement nombreux.

De ce fait, le foie se trouve doublement surmené : — surmené pour faire face aux actes préliminaires de la nutrition : — surmené pour faire face à ses actes complémentaires : car c'est à lui de rendre moins toxiques, ou plus solubles, partant plus éliminables, les déchets provenant tant de l'usure des tissus que des oxydations générales. Il fonctionne donc à l'excès, et bien au début (*et cependant donne déjà naissance à de nombreux acides gras et à de l'urobiline* (2) : puis à l'excés, mais mal.

Et alors de cette insuffisance relative des métamorphoses intra-hépatiques résultent : — d'une part, une entrave à l'élaboration des dérivés alimentaitaires, dont une partie reste à l'état de *peptones* ou se transforme, non plus en glycogène, mais *en glycose, en acides lactique ou oxalique* (3) : — d'autre part, un obstacle au remaniement des déchets de la désassimilation : aussi ceux dans la constitution desquels entre de l'azote contribuent-ils pour la plupart à former, non de l'urée, mais de l'*acide urique*, de la créatinine, de la xanthine... c'est-à-dire des composés acides, toxiques et *difficilement éliminables.* Tous ces acides de provenances diverses, ramenés par la circulation au contact des cellules, y déterminent une véritable irritation, une réaction, se traduisant encore par une exagération de leurs fonctions normales. *C'est la période d'hyperfonction arthritique.*

(1) Laulanié : Energétique musculaire (Paris, 1898). — Pascault : Le régime végétarien considéré comme source d'énergie (Paris, 1900).

(2) Les récentes expériences de Powlow (citées par Arthus in *Rev. gén. des sc. pures et appliq.*, 1899, n° 13), prouvent que la sécrétion gastrique est la résultante d'excitations, ayant leur siège, soit dans l'arrière-bouche (sensation gustative), soit dans l'estomac (action chimique de certains aliments); excitations allant stimuler les centres nerveux qui, par reflexe, provoquent l'acte digestif. Or avec la viande, qui agit sur le sens du goût par son arôme, et sur la muqueuse gastrique par des matières extractives, ces deux excitations sont particulièrement marquées.

(1) Genèse de l'hyperchlorhydrie chez les gros mangeurs : Voir Peyraud, in *Rev. des mal. de la nutrit.*, 1893, p. 406, 693, 734 et 1894, p. 77. — Les apéritifs (vermouth, absinthe...) agissent comme excitants médullaire, hépatique et gastrique : d'où hyperfonction menant à l'hypofonction : voir Peyraud, in *Rev. des mal. de la nutrit.*, 1894, p. 139, 193, 291, 357, 414, 459 et 521.

(2) Gautrelet : Spectroscopie des pigments urinaires (Paris, 1900), p. 227.

(3) On a alors de la dyspepsie dite hépatique parce que le foie seul fléchit, l'appareil gastro-intestinal fournissant encore à sa tâche. Peyraud, *Rev. mal. nut.*, 1894, p. 12 ; 1895, p. 85.

Digitized by Google

Elle dure un temps variable suivant le fonds de résistance, de vitalité, personnel à chacun de nous. Mais peu à peu s'affaiblit l'activité nutritive et fonctionnelle des cellules qui se sont fatiguées à réagir, d'abord contre la suralimentation, puis contre la dyscrasie humorale d'origine hépatique (1). En même temps, les oxydations générales dont elles commandent l'énergie, se font moins intenses. C'est alors qu'intervient, que se manifeste le ralentissement des échanges, la bradytrophie du Pr Bouchard (2). Cet épuisement cellulaire, *qui peut n'atteindre son apogée qu'au bout de plusieurs générations d'individus*, se montre cependant assez vite dans bien des cas, car il est rare qu'à la suralimentation ne s'ajoutent pas d'autres causes, atteignant directement la cellule (surmenages physique, intellectuel ou moral), ou ralentissant les oxydations, augmentant par conséquent la teneur du sang en acides (alcoolisme, vie sédentaire dans un air confiné et malsain, intoxications professionnelles, usage inconsidéré de certains médicaments...) *Et l'organisme évolue lentement, sournoisement vers l'hypofonction.*

Jusqu'alors le tempérament morbide, la diathèse, a pu se masquer sous les dehors d'une santé exubérante, à peine troublée par quelques poussées congestives aiguës; mais dans cette période, qui prélude à la phase de déchéance, ses manifestations deviennent plus évidentes. Les points primitivement surmenés cèdent tout d'abord. L'estomac lutte bien encore contre la surcharge alimentaire, grâce à ses fibres musculaires, agents actifs d'expulsion. Mais l'intestin faiblit; ses fibres élastiques, organes passifs de soutien, se relâchent : le bol fécal s'attarde, s'arrête; les gardes-robes se font rares, ou restent quotidiennes, mais insuffisantes...: *c'est la constipation* (par atonie intestinale et hypocholie), *suivie* de son cortège de digestions lentes et pénibles, de dyspepsies, et, plus tard, compliquée de pléthore abdominale *et surtout de ces dangereuses fermentations anormales* qui jettent dans la circulation porte de nouveaux dérivés acides et toxiques. *Parallèlement*, on constate, pour qui sait les reconnaître, du côté du foie, des troubles fonctionnels (intolérance pour les féculents, graisses et alcools; insomnie; courbature matinale; état de fatigue habituel), et des modifications objectives de forme, de volume, de consistance et de sensibilité (douleur à la pression immédiatement au-dessous de la pointe xyphoïdienne), minutieusement décrites par Glénard, qui, pourrait-on dire, a créé de toutes pièces la symptomatologie et la pathogénie hépatiques des maladies de la nutrition (1).

L'arthritique par suralimentation qui tend à l'hypofonction est donc en somme, cliniquement, un dyspeptique (un hépatique), ou un surmené; chimiquement, un hyperacide (un uricémique); physiologiquement, *un intoxiqué par insuffisance hépatique*, — insuffisance qui s'accentue tous les jours, car on en méconnaît habituellement et les causes et les effets.

Devant cet envahissement, par des produits alimentaires dont il ne peut désormais tirer parti, par des déchets qu'il n'élimine plus qu'avec difficulté, l'organisme se défend comme il peut. Les produits alimentaires, ternaires *ou quaternaires*, il les convertit en graisse, qu'il loge dans les mailles de tous ses tissus (obésité), ou parfois les rejette sous forme de sucre (diabète arthritique) (2). Contre les déchets, ses ressources sont plus limitées. Si ceux qui dérivent des hydrocarbures parviennent encore tôt ou tard à trouver une issue par les reins (acides lactique, oxalique), les poumons (acide carbonique), ou la peau (acides gras volatils), *il n'en est pas de même des déchets azotés*. Exceptionnellement, ils arrivent à se frayer une sortie par les urines (débâcles uratiques des urines alternantes) (3). A peine solubles, ou complètement insolubles, pour peu que leur véhicule soit trop acide ou trop concentré, ils restent dans l'organisme, et y entretiennent l'acidité, condition nécessaire à l'apparition des manifestations arthritiques (catarrhes et ptoses, congestions passives, lithiases diverses, etc..); s'emmagasinant dans les tissus (4), ils préparent l'éclosion de la goutte sous ses modalités d'une infinie variété, ou de l'artério-sclérose et de ses multiples accidents, dont Huchard a montré les étroits rapports avec l'alimentation carnée.

Les reins constituent, il est vrai, une sauve-garde contre cette menace constante d'intoxication; mais

(1) Origine dyscrasique des diathèses : Chantemesse, *Bulletin méd.*, 14 novembre 1900.

(2) Sur l'évolution de l'arthritisme en rapport avec l'hyperfonction et l'hypofonction hépatiques; voir Peyraud, suite d'art. parus *in Rev. des mal. de la nutrit.*, 1893, 1894, 1895 et 1896. — Gautrelet : Urines, dépôts, sédiments et calculs (Paris, 1889) p. 276 à 382 — et Pascault : De l'hygiène alimentaire chez les arthritiques (Paris, 1901).

(1) Doctrine de l'hépatisme de Glénard. Glénard : les ptoses viscérales; entéroptose et hépatisme (Paris, 1899); le foie en pathologie générale (Paris, 1900).

(2) Maurel : Congrès de Montpellier en 1898.

(3) Huchard : *Journ. des Pratic.*, 1900, n° 26, p. 422.

(4) Cet emmagasinement par les tissus de matériaux en excès dans le sang vient d'être expérimentalement démontré par Achard et Lœper (Soc. biol., 30 mars 1901). Il est probable qu'il faut y voir un mode de défense spécial aux organismes dont les émonctoires sont insuffisants. C'est pourquoi, dans l'analyse d'une urine, on doit tenir compte, non seulement de ce que l'on y trouve, *mais encore de ce que l'on devrait y trouver*. Ainsi, quand dans les urines d'un arthritique, l'acide urique est rare, quand dans celles d'un diabétique le sucre diminue, sans qu'il y ait corrélativement amélioration de l'état général, nous pensons qu'il y a lieu de conclure à une rétention de ces substances dans l'organisme, *donc à un empoisonnement dont les effets se feront sentir un jour ou l'autre. L'absence d'indican*, chez un individu ayant manifestement des fermentations intestinales, *prête aux mêmes considérations*, car elle dénote, à notre avis, un arrêt dans les fonctions anti-toxiques du foie.

Digitized by Google

nous savons combien est précaire cette garantie, surtout chez les scléreux. Que ces organes, sans cesse irrités par le passage des substances nocives *que le foie laisse ou jette dans la circulation*, deviennent imperméables, et c'est la mort à brève échéance, — si l'organisme, intervertissant ses fonctions normales, ne fait pas de son intestin, de son estomac, de ses bronches... des voies d'excrétion réellement providentielles. Ce danger, maintenant pressant, est bien le fait de l'insuffisance rénale, mais il n'existe que parce que l'insuffisance hépatique, jusqu'ici relative, tend à devenir absolue en présence du surcroît de travail que lui impose cette défaillance *de son émonctoire supplémentaire habituel*. L'insuffisance rénale, en un mot, ne serait rien, si elle ne se compliquait pas d'insuffisance hépatique. N'a-t-on d'ailleurs pas vu cette dernière entraîner, par elle seule, la mort chez des éclamptiques présentant une intégrité rénale parfaite (1)?

En réalité, l'arthritique par suralimentation, après avoir péché par excès d'assimilation, *vit en hépatique et meurt en hépatique* (ou en hépato-rénal), c'est-à-dire succombe par défaut de désassimilation, *par défaut d'élimination*.

Et ce *cachet* hépatique nous le retrouvons, non seulement dans les manifestations chroniques propres à l'arthritisme, mais aussi dans les maladies aiguës venant se greffer sur ce terrain prédisposé (2). L'embarras gastrique, avec courbature et insomnie, la congestion du foie, l'extrême acidité des urines, que l'on rencontre dans les infections, sont effectivement des symptômes d'insuffisance hépatique (3); or, n'est il pas plus logique de considérer comme cause nécessaire, plutôt que comme effet secondaire (4), cette insuffisance hépatique *qui précède ou accompagne les débuts* de toutes les invasions microbiennes? Aussi, dans les infections, *quelles que soient leurs localisations*, les purgatifs, qui font l'antisepsie des voies digestives et du sang, qui, en stimulant et décongestionnant le foie, soulagent les reins, constituent-ils une médication véritablement héroïque, — *à condition toutefois que* l'on n'hésite pas à les donner jusqu'à ce que la langue soit humide et *absolument* dépouillée de tout enduit saburral, le ventre indolore, *partout et uniformément* souple et sonore, les selles complètement dénuées de fétidité. Ils doivent également être la base du traitement des autres états morbides que peut présenter l'arthritique, *lors même que ces états semblent n'affecter aucun rapport avec l'appareil digestif...*, et cette obligation existe du premier jour où l'arthritique commence à souffrir, puisqu'à ce moment il y a déjà de la stase alimentaire ou tout au moins une circulation hépatique défectueuse.

Mais il en est des purgatifs, comme de tout autre excitant : il faut parfois en user, mais n'en jamais abuser. Aussi quand l'exonération intestinale ne peut se faire qu'au prix de laxatifs pour ainsi dire journaliers, doit-on varier le mode d'excitation, en leur associant des toniques musculaires ou nerveux (ipéca, quassine, strychnine... hydrothérapie), ou inversement des antispasmodiques (hyoscyamine ou belladone), en même temps que du massage ou mieux de la gymnastique abdominale (1) exécutée avec persévérance, jusqu'à ce que l'on obtienne une selle *quotidienne, facile et abondante*.

Les alcalins représentent, conjointement avec les purgatifs et une alimentation surtout végétarienne, un des éléments essentiels de la thérapeutique antiarthritique. Je ne m'arrêterais pas sur leur action bienfaisante, démontrée par une expérience de plusieurs siècles, si une théorie nouvelle, s'appuyant sur l'autorité de M. Joulie (2), n'était venue récemment tenter de les battre en brèche. D'après cet auteur, l'arthritique est rarement hyperacide : aussi les alcalins lui sont-ils inutiles, sinon nuisibles. Gautrelet (3), dont la compétence en matière d'analyse d'urines est indiscutable, vient de faire justice de cette affirmation, en prouvant qu'elle repose sur des données chimiques erronées : l'arthritique est hyperacide, et reste tel jusqu'à une période *avancée* de sa déchéance, jusqu'au jour où le foie, définitivement surmené et se refusant à toute assimilation, oblige l'organisme à se consumer lui-même. Et si, avant cette phase critique, l'acide phosphorique, que préconise M. Joulie, donne parfois d'heureux résultats, la raison en est, dans la stimulation que par son phosphore, il imprime au système nerveux, et surtout dans l'entrave qu'il apporte aux fermentations gastro-intestinales. Les acides minéraux sont donc utiles, en tant que digestifs et antiseptiques, aux arthritiques hypochlorhydriques avec fermentations (et aux oxaluriques), mais doivent avoir *comme cor-*

(1) Bar : De l'excrétion urinaire chez les éclamptiques. *Journ. des Pratic.*, 1900, n° 14.

(2) L'hyperacidité affaiblit le terrain. Charrin : les défenses naturelles de l'organisme, p. 24.

(3) Symptômes et diagnostic de l'insuffisance hépatique. Pascault : l'hygiène alimentaire chez les arthritiques (Paris 1901).

(4) J.-L. Championnière et A. Robin sont d'avis que la stase fécale et les fermentations portant sur les aliments azotés préparent le terrain à l'influenza et à l'appendicite. (Communic. à l'Académie de médecine, 19 février 1901).

(1) Voir Lagrange, *Rev. des mal. de nutr.*, 1893, p. 226, 257 et 321, trait. gymnast. de la dyspepsie : et 1898, p 271, l'hygiène des constipés — et Cautru : massage de l'abdomen, *Journ. des Pratic.* 1897, n° 34.

(2) Joulie : Urologie pratique et thérapeutique nouvelle (Paris. 1900) — Cautru : De l'arthritisme et son traitement basé sur l'acidité urinaire, *Journ des Pratic.*, 1900, n° 40.

(3) Gautrelet : Contribution à la séméiologie des maladies par ralentis. de la nutrition (1901).

Digitized by Google

rectif un traitement alcalin, visant l'état diathésique l'hépatisme (Pho[5] ou Hcl pendant les repas. — Alcalins 4 ou 5 heures après).

Quant à l'alimentation, un premier point demande à être établi : si l'arthritique se suralimente et devient dyspeptique, c'est en partie parce qu'il *ne sait pas mastiquer*. Les aliments mal broyés irritent l'estomac, les féculents non insalivés se digèrent difficilement et sont incomplètement utilisés par l'organisme, en vertu du principe « *corpora, nisi soluta, non agunt* » : d'où la nécessité de multiplier les repas et d'augmenter la ration quotidienne. L'arthritique doit donc à ce point de vue refaire patiemment son éducation, *apprendre* à mastiquer *méthodiquement* tous les aliments, même les soupes et purées, surtout les farineux *et le pain*, qu'il s'appliquera à n'avaler qu'après les avoir préalablement réduits *en bouillie*. Il lui faut, en outre, *apprendre* à boire, lentement, par petites gorgées et à la fin du repas seulement. De cette façon, *il satisfera promptement sa faim et sa soif* : le reste viendra de soi-même.

Pour le choix des aliments, il est difficile de poser une règle absolue, car leur digestibilité varie suivant les individus. En thèse générale, l'arthritique tolère mal *les féculents, les graisses et l'alcool* : c'est à lui de s'étudier et de rayer de son régime tout ce qui, *malgré les précautions de mastication*, et de préparation culinaire, sur lesquelles je ne puis insister ici, lui pèse, et éveille des malaises digestifs ou extra-digestifs (ces derniers absolument quelconques, *mais ayant une périodicité régulière*, en rapport avec les fonctions gastrique, intestinale, hépatique ou rénale. — Glénard.)

Chez l'arthritique en hyperfonction, on peut, et l'on doit, rompre d'*emblée* avec les habitudes vicieuses qui maintiennent son tube digestif en état d'éréthisme constant. Chez l'arthritique en hypofonction, il faut agir dans le même sens, mais procéder par un entraînement progressif, et avec d'autant plus de ménagements que son intestin est plus fatigué. Enfin, chez celui dont l'appareil digestif est irrémédiablement surmené et dégénéré (entérostenose) on sera parfois obligé de tolérer les excitants indispensables à la mise en jeu d'organes dont la vitalité est réduite à son minimum. C'est dire que, en dehors de ce cas spécial, *la viande doit être écartée du régime de l'arthritique* (1), parce qu'elle mène à la suralimentation, parce qu'elle donne prise aux fermentations digestives, parce qu'enfin, elle constitue la source principale de l'acide urique, et nécessite, pour sa désassimilation, un travail exagéré du foie et des reins toujours en imminence d'insuffisance fonctionnelle. De l'azote, l'arthritique en trouvera d'ailleurs suffisamment *dans le pain, dans le lait et ses dérivés*, dans les œufs, dans les légumes secs, dans le macaroni et les pâtes alimentaires (qui sont presque entièrement composés de gluten), enfin dans certains légumes verts qui renferment une quantité notable d'albumine végétale (épinards, asperges, salades cuites, haricots verts, petits pois ..) Quant aux aliments *de force*, ils seront représentés principalement par le pain et les fruits, ou, *à leur défaut*, par les aliments sucrés, qui doivent entrer, en proportion suffisante (1), dans les menus de tous les repas, non comme superflu, *mais à titre de plats de résistance*.

Avec ce régime qui lui fournit des substances non toxiques, entièrement utilisables et essentiellement aptes à produire de l'énergie, l'arthritique se sentira mieux nourri et plus fort. A une faiblesse passagère, due à l'abandon de ses excitants habituels, fera place une impression de bien-être, d'allègement, de défatigue, résultant de la désintoxication de ses tissus. En un mot, il se sentira capable de dépenser plus, *et pourra le faire tout en s'usant moins*.

(1) Le même raisonnement s'applique à l'alcool sous toutes ses formes.

(1) La quantité d'aliments nécessaires à chacun de nous varie suivant les saisons, et surtout suivant le poids *actif* de l'individu et le travail qu'il effectue. Dans notre brochure « Le régime végétarien considéré comme source d'énergie » nous avons donné un tableau permettant de la déterminer au moyen d'un calcul simple et rapide.

NOUVEAUX REMÈDES

Yohimbine — Ce nouvel aphrodisiaque a été l'objet d'études approfondies de la part de Lœwy qui a constaté son action spécifique sur la sphère génitale, chez les animaux mâles ; ces études ont eu pour résultat de démontrer que l'yohimbine constitue un agent, qui, employé à doses appropriées, peut provoquer, sans aucun danger, une hypérémie des organes génitaux, et déterminer des érections, faibles, en général, chez le chat, mais intenses chez le chien. Mendel a fait de nombreuses observations chez l'homme. Dans l'impuissance consécutive au tabes ou à d'autres affections organiques, l'yohimbine n'a produit aucun effet, tandis que son utilité s'est manifestée très nettement dans une série de cas, dans lesquels l'impuissance avait été occasionnée par un état de faiblesse accompagnée d'irritabilité, ou dans lesquels il s'agissait d'une impuissance de nature paralytique. L'action s'est, dans un cas, manifestée immédiatement ; dans d'autres cas, elle ne s'est produite qu'après plusieurs semaines d'usage.

On administre l'yohimbine sous forme d'une solution aqueuse à 1 0/0 de son chlorhydrate, solution que l'on prépare à l'aide de la chaleur et dont on fait prendre 5 à 10 gouttes trois fois par jour. (*Ann. Merck.*, 1900).

Digitized by Google

MÉMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CHIRURGIE

Le sympathique cervical au point de vue chirurgical. — Après une description anatomique très précise du sympathique cervical le Dr Herbet (*Th. Paris* 1900) en déduit un certain nombre de considérations chirurgicales intéressantes.

La sympathicectomie est une opération simple, facile à exécuter, sans dangers immédiats ou consécutifs. La meilleure voie pour l'aborder est la voie rétro-mastoïdienne; on peut éviter la section de la branche externe du spinal et de la plupart des branches du plexus cervical superficiel.

Les accidents à éviter sont la blessure de la jugulaire, la section du pneumo-gastrique et pour la résection totale, l'ouverture de la plèvre, la blessure des vaisseaux vertébraux, de l'artère intercostale supérieure, de la sous-clavière même et du confluent veineux rétro-claviculaire.

La plupart des cas de mort observés ne paraissent pas imputables à l'opération.

Dans le *goitre exophtalmique*, la résection du sympathique a donné des guérisons complètes, de nombreuses et sérieuses améliorations, quelques résultats nuls. Les malades semblent passer par trois phases, une d'amélioration immédiate, une d'incertitude et une d'amélioration définitive ou de guérison.

La résection du sympathique agit pour les uns, en supprimant l'intermédiaire entre le centre excité (qui, vraisemblablement, siège au niveau du bulbe) et les organes périphériques, pour les autres, au contraire, en supprimant les fibres centripètes qui portent à ce centre les excitations provenant de la périphérie.

La résection partielle étendue depuis le ganglion supérieur jusqu'à l'artère thyroïdienne inférieure est l'opération de choix. La résection totale peut être indiquée dans les cas où il existe une tachycardie intense.

Dans l'*épilepsie*, les résultats de la sympaticectomie sont moins brillants que pour le goître exophtalmique. Les guérisons se rapportent surtout à des cas d'hystéro-épilepsie, les épileptiques vrais seraient beaucoup moins influencés. Des améliorations notables, assez nombreuses, ont cependant été observées; il convient avant de se prononcer d'attendre encore et de voir ce que deviennent ces malades à longue échéance.

La symphaticectomie produisant la vaso-dilatation des vaisseaux cérébraux agit peut-être en combattant l'anémie cérébrale, cause de l'accès épileptique.

La résection totale ne donne pas de résultats sensiblement supérieurs à ceux de la résection partielle.

Dans le *glaucome*, la sympathicectomie peut être indiquée, puisqu'elle abaisse la tension oculaire. Son action est comparée à celle des myotiques. Elle peut guérir le glaucome chonique simple contre lequel échoue l'iridectomie. Elle est encore indiquée dans le traitement du glaucome hémorrhagique et du glaucome infantile.

Des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite. — Ces fistules peuvent se produire spontanément par ouverture d'abcès ou bien être consécutives au traitement chirurgical de la maladie. Actuellement, les fistules post-opératoires sont à peu près les seules observées, le traitement chirurgical étant ordinairement mis en œuvre avant l'ouverture spontanée de l'abcès.

Ces fistules peuvent être stercorales ou pyo-stercorales et suivant la quantité de matière qui s'échappe par la plaie, on dit qu'il y a fistule ou anus contre-nature.

C'est tantôt au cours de l'opération, tantôt quelques jours après, qu'apparaissent les matières. Dans le premier cas, d'après le Dr Lecureil (*Th. Paris*, 1900), la perforation peut être due à une ulcération cu à une section de l'appendice, à des ulcérations du cœcum ou des anses voisines par les abcès, enfin à une déchirure des parois du cœcum dans toute leur épaisseur. Dans le second cas, on peut également incriminer des causes diverses, on pourrait avoir affaire à une ligature du moignon appendiculaire qui aurait lâché.

Le plus souvent, il s'agira de perforations déterminées par des plaques de sphacèle au niveau des parois du cœcum ou de l'intestin grêle. Mais on peut encore accuser dans quelques cas la suture d'une perforation pratiquée au cours de l'opération et dont les points ne tiennent pas ; la compression des drains et des mèches déterminant une ulcération ; une déchirure incomplète du cœcum non réparée et qui devient complète dans les jours qui suivent. Les excès alimentaires joueront un rôle adjuvant très important dans l'apparition des matières fécales au dehors.

Le pronostic de ces fistules est bénin ; en général, elles guérissent spontanément au bout de quelques jours ou quelques semaines. Il faut en excepter les fistules tuberculeuses qui sont, au contraire, extrêmement rebelles.

Digitized by Google

Le traitement préventif consiste en une large ouverture de l'abcès suivie d'un drainage bien fait. L'appendice sera autant que possible réséqué et lié à sa base. On suturera les perforations complètes ou incomplètes, s'il s'en trouve, et on enfouira les points douteux. On réduira les manœuvres au minimum si le cœcum est très adhérent et friable.

Dans l'immense majorité des cas, le traitement consécutif ne devra pas être actif; on retirera les drains et les mèches et on pansera à plat quand apparaîtront les matières.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'on interviendra si la fistule est large et sans tendance à l'oblitération ; on donnera la préférence à l'entérorraphie latérale avec libération complète de l'intestin et ablation de la poche. Dans certains cas, la persistance de la fistule est due à la présence de l'appendice ; il sera alors indiqué d'essayer de la réséquer. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

De l'intervention prophylactique et précoce dans la rétention des membranes après l'accouchement à terme. — Dans la délivrance à terme il est assez fréquent qu'une partie des membranes soient retenues dans l'utérus, pouvant ainsi devenir le point de départ d'infections plus ou moins graves; la possibilité d'accidents sérieux fait un devoir au médecin de s'en préoccuper beaucoup plus énergiquement et surtout beaucoup plus rapidement qu'on ne le conseille.

Le premier traitement doit être prophylactique, c'est-à-dire que la délivrance doit être faite avec soin et pour cela, les tractions sur le cordon et l'expression utérine ne sont pas de bonne pratique; il ne faut pas vouloir trop hâter la délivrance, mais savoir attendre que le placenta soit décollé, et dans ce cas, des tractions très légères l'entraîneront facilement du vagin à l'extérieur. Lorsque les membranes sont plus adhérentes que de coutume, une légère expression pourra être utile.

Il faut se méfier de la torsion des membranes en cordes pour les extraire quand elles sont friables; si des caillots les distendent, ce procédé devient particulièrement funeste. Il vaudra mieux aller chercher les membranes le plus haut possible, dans le col au besoin, en les saisissant entre deux doigts.

Quand les membranes se sont déchirées et qu'une partie reste dans l'utérus, le Dr Rouault (*Th. Paris*, 1900) conseille d'agir immédiatement pour prévenir la possibilité d'accidents infectieux ; il faut introduire la main dans l'utérus pour en extraire immédiatement après la délivrance le moindre débri de membranes. Lorsque la main ne peut arracher ces débris ou lorsqu'il y a rétention de la caduque dans un cas de macération du fœtus, cet auteur pense qu'on est en droit de faire l'écouvillonnage immédiat, préventif de l'utérus. — J H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par le sérum bichloruré. — Le traitement de choix de la syphilis consiste dans l'emploi de mercure métallique ou de sels mercuriels solubles introduits par la voie hypodermique; mais les injections de sels solubles, en raison de la fréquence avec laquelle elles doivent être répétées, sont d'un emploi souvent difficile. C'est pourquoi M. Chéron leur préfère le *sérum bichloruré* : M. Dieupart (*Th. de Paris 1900*) consacre à l'étude de ce procédé un important travail.

Le principe du sérum est l'adjonction, à l'effet spécifique du mercure, de l'effet tonique du sérum. La formule actuellement employée par M. Chéron est la suivante :

Bichlorure d'hydrargyre . .	0,50 centigr.
Chlorure de sodium.	2 grammes.
Acide phénique neigeux. . .	2 —
Eau distillée stérilisée. . . .	200 —

La quantité de sérum injectée chaque fois est de vingt grammes, contenant cinq centigrammes de sublimé ; l'injection est faite dans les masses musculaires de la fesse, et renouvelée toutes les semaines. Elle donnerait lieu au minimum d'accidents, soit locaux, soit généraux (accidents d'intoxication hydrargyrique).

Son action est très rapide sur la syphilis à toutes ses périodes : deux injections suffisent à amener la cicatrisation du chancre ; la roséole avorte véritablement sous sous son influence; les syphilides papulo-squameuses, et surtout les syphilides palmaires et plantaires, ordinairement si rebelles au traitement, seraient guéries avec deux injections en moyenne. Les accidents tertiaires subissent une amélioration immédiate, sans même qu'un traitement ioduré soit institué. En outre de l'action spécifique, les vingt centimètres cube de sérum seraient un puissant stimulant pour l'organisme.

Deux contre-indications seulement existent, mais formelles : la diminution de la perméabilité rénale, et les lésions de l'appareil circulatoire, telles que l'artério-sclérose. — B. H.

Traitement des dyspepsies par le suc gastrique naturel. — Le suc gastrique de chien obtenu par la méthode de Pawloff, présente les avantages

Digitized by Google

suivants sur les autres médicaments digestifs : 1° C'est une préparation agréable à la vue et au goût et conservant longtemps sa composition ; 2° Sa puissance digestive est plus grande que celle des pepsines du commerce, ces dernières, d'après l'auteur, empêchent le plus souvent l'action du suc gastrique de l'homme; 3° Etant donné que les glandes de l'estomac fournissent un suc de qualité, de composition et de quantité définies pour une nourriture donnée, on peut administrer au malade suivant le cas, un suc gastrique de chien contenant plus ou moins d'acide chlorhydrique et de pepsine.

Dans les affections caractérisées par le ralentissement de la digestion, il faut donner le suc obtenu d'un chien nourri de pain ; dans les cas d'hyperchlorhydrie, il faut donner le suc obtenu par le régime carné ou lacté, suivant le degré d'acidité. La quantité de suc sécrétée dans le régime carné est plus grande que dans le régime de pain. La sécrétion du suc est égatement influencée par la nourriture plus ou moins abondante, elle est plus accusée au commencement qu'à la fin de la digestion.

Finkielstein (*Vratch*, n° 32, 1900) a employé le suc gastrique dans 22 cas suivants : 9 cas de gastrite (?) 2 cas de cancer, 9 cas de fièvre typhoïde, 1 cas de diabète et 1 cas de lithiase biliaire.

Dans le cancer de l'estomac, le suc gastrique a eu une bonne action palliative. Les vomissements, les renvois, la brûlure ont diminué ainsi que les douleurs. L'appétit revenait.

Dans tous les cas de gastrite, les signes dyspeptiques diminuaient rapidement.

Les fonctions digestives s'amélioraient considérablement. Dans les troubles dyspeptiques dus à l'anémie, on a obtenu la disparition de ces troubles, l'amélioration d'appétit et de la composition du sang. Dans 7 cas de fièvre typhoïde, on a obtenu une amélioration des fonctions digestives, dans 1 cas un résultat douteux et dans 1 autre un résultat négatif. J. T.

MÉDECINE

Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. — Depuis les premières publications de MM. Launois et Bensaude, en 1898, un certain nombre d'observations d'adénolipomatose ont été recueillies, de sorte qu'aujourd'hui, la maladie bien connue dans sa forme classique, n'apparaît pas très rare.

Récemment, plusieurs observations intéressantes ont été publiées à la Société médicale des hôpitaux. MM. Launois et Bensaude ont présenté une malade de trente-quatre ans atteinte d'adénolipomatose bien caractérisée : collier typique avec double menton, tumeurs préauriculaires, bosses retro-mastoïdiennes et cervicales inférieures. D'autres masses adipeuses diffuses occupent la partie inférieure du dos, la partie supérieure des deux bras et le triangle de Scarpa. La maladie survenue dans les conditions étiologiques habituelles (34 ans, alcoolisme) s'accompagne de troubles psychiques manifestes.

Les auteurs insistent particulièrement sur l'apparition de la maladie chez une femme, fait qui constitue une rareté : l'adénolipomatose symétrique présente en effet une prédilection pour le sexe masculin; sur près de cent cas publiés, il n'y en a que cinq observés chez des femmes.

C'est également chez une femme qu'est survenue l'adénolipomatose dans le cas observé par MM. Marcel Labbé et Ferrand. En outre, il s'agit ici d'une jeune femme, âgée seulement de dix-huit ans, et chez laquelle l'affection avait débuté vers l'âge de neuf ans, fait exceptionnel, car jusqu'ici le cas le plus précoce avait été observé à vingt ans.

La malade de MM. Labbé et Ferrand présente une adénolipomatose fruste, exclusivement localisée à la région cervicale : collier mentonnier, saillies sus-claviculaires, petits ganglions retromastoïdiens et axillaires. L'aspect de la face est assez typique pour imposer le diagnostic.

Les ganglions sont ici particulièrement développés et sont facilement sentis par le palper au milieu de la masse lipomateuse. La malade est légèrement obèse.

Ce dernier cas est surtout intéressant parce qu'il permet de comprendre la pathogénie de l'affection. La malade est atteinte, depuis son enfance, d'une tuberculose à évolution lente, tuberculose dont la réaction à la tuberculine a montré l'existence certaine. Elle présente un certain nombre de stigmates qui caractérisent la diathèse lymphatique et expliquent la localisation de la tuberculose sur les ganglions du cou ; c'est en effet par des adénites tuberculeuses que la maladie a débuté à l'âge de neuf ans. Une tendance à l'obésité marquée dès le jeune âge a peut-être facilité le développement des lipomes périadénitiques. D'ailleurs, on sait que la tuberculose provoque souvent l'accumulation de graisse dans les tissus, et que les adénites sont souvent accompagnées d'une lipomatose périganglionnaire. Il est possible que des irritations ganglionnaires de diverses natures (tuberculose, adénie, inflammation simple) soient le point de départ de l'adénolipomatose. MM. Launois et Bensaude ont déjà invoqué l'irritation périganglionnaire pour expliquer l'adénolipomatose; le cas de MM. Labbé et Ferrand vient corroborer leur hypothèse. — D. L. M.

Digitized by Google

MÉDECINE INFANTILE

Etiologie de la scarlatine. — Class a isolé, il y a un peu plus d'un an un micro-organisme qu'il considère spécifique de la scarlatine (Lancet, 18 nov. 1899). Dans un nouvel article, il identifie à son micro-organisme le microbe récemment décrit par Baginski et Sommerfeld.

Le microbe en question, Class l'a trouvé dans 300 cas successifs de scarlatine, notamment dans l'angine scarlatineuse. C'est un micrococcus qui prend l'aspect diplococcique sur un milieu spécial « earth agar », et subit sur d'autres milieux de grandes différences dans sa virulence et sa morphologie. D'autres observateurs l'auraient trouvé dans le sang et dans les squames des scarlatineux.

L'injection intraveineuse des cultures sur le milieu « earth agar » (diplococcus), détermine chez le cobaye une brusque élévation de la température, de la rougeur de la peau, et, plus tard, une abondante desquamation.

Ensemencé, le sang des animaux inoculés donne des cultures pures de diplocoques semblables à ceux qui ont servi à l'inoculation, et l'examen des reins démontre l'existence d'une néphrite.

En outre, les animaux inoculés ont assez souvent contagionné les cobayes placés dans la même cage ou dans le même parc.

Bien qu'il ne mentionne pas dans la scarlatine une véritable séro-réaction, l'auteur tend à démontrer par une expérience que le sérum des scarlatineux convalescents possède un pouvoir d'arrêt sur la croissance du diplocoque, pouvoir qui fait entièrement défaut aux enfants non atteints de scarlatine. Le sérum des convalescents serait même capable d'immuniser partiellement la souris blanche contre l'inoculation subséquente d'une culture virulente.

Le micro-organisme de Class se développant librement dans le lait, sans lui faire subir une modification appréciable, pourrait expliquer l'apparition des grandes épidémies de scarlatine fréquentes en Angleterre et attribuées déjà au lait. — E. B.

ODONTOLOGIE

Hygiène dentaire. — On peut employer à cet usage soit des élixirs, soit des poudres, soit des pâtes, soit des savons.

Un des meilleurs élixirs est formulé par M. Redier de la façon suivante :

Essence de cannelle de Ceylan.	
Essence de girofle.....	àà 0.25 centig.
Acide thymique.....	
Saccharine.....	
Essence de menthe.....	1 gr. 50
Alcool à 90°.....	100 —

Ajoutez :

Teinture de ratanhia.....	2 gr. 50

Une cuillerée pour un verre d'eau.

M. Magitot préfère les savons mous dont voici la composition :

Savon de magnésie.....	10 grammes.
Carbonate de chaux précipité.	9 —
Essence de roses.....	10 gouttes.
Essence de menthe anglaise.	
Essence de lavande.....	1 gr.
Carmin.....	0.10 centigr.

M. Beal *(Manuel de Ther. clinique)*, rejette les pâtes commerciales un peu acides et formule ainsi ;

Glycérine.....	50 grammes.
Gomme adragante.....	2 —
Pierre ponce.....	100 —
Acide borique.....	20 —
Salol.....	5 —
Essence de menthe.....	3 —

Les poudres, d'après lui, sont préférables, quand les dents ont une tendance à se salir ou se à charger de tartre :

Borate de soude.....	àà 2 grammes.
Salol.....	
Craie préparée.....	àà 8 grammes.
Magnésie calcinée.....	
Pierre ponce porphyrisée....	5 grammes.
Iris pulvérisée.....	20 —
Essence de menthe anglaise..	25 goutes.

Mêlez entièrement et colorez en rose.

S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la contagiosité de la pelade. — M. Hallopeau. Depuis le rapport de M. Besnier à l'Académie, en 1888, la transmissibilité de la pelade était regardée par tous les médecins comme un fait hors de toute contestation. Cependant, des auteurs tels que Kaposi, Powloff, Jacquet nient aujourd'hui la contagiosité de cette maladie.

Les objections, opposées à la transmissibilité de la pelade, sont les suivantes :

1° Fréquence de pelades restant isolées dans une même famille malgré la cohabitation.

2° Impossibilité d'inoculation directe de la pelade d'un sujet à un autre (Jacquet).

3° Les faits publiés de contagion sont sujets à discus-

Digitized by Google

sion : ils peuvent s'expliquer soit par des erreurs de diagnostic, soit par des coïncidences, la maladie étant très fréquente.

A ces objections, M. Hallopeau répond qu'il est incontestable que l'on a souvent rapporté à la pelade des alopécies de toute autre nature, telles que les alopécies trophonévrotiques très faciles à confondre avec elle. C'est ce qui explique la non-contagiosité et la fréquence relative de ces pseudo-pelades.

La pelade vraie, dont nous ignorons encore l'agent pathogène, est une affection beaucoup moins fréquente qu'on ne le pense communément, éminemment contagieuse d'un sujet à un autre, ainsi que l'ont montré les nombreuses relations d'épidémies de pelade, et auto-inoculables sur le même individu.

La seule conclusion que l'on puisse tirer des faits de non-contagion de pelade vraie est que l'agent infectieux de cette maladie ne se transmet pas par l'air atmosphérique et que des contacts intimes sont nécessaires pour la propager, contacts assez difficiles à réaliser.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une maladie si protéique, d'un diagnostic si difficile et d'ailleurs peu fréquente, il est juste de rapporter les mesures draconiennes d'isolement édictées contre les peladiques et de ne pas les considérer comme des pestiférés comme on le fait trop souvent.

M. Du Castel. — C'est pour améliorer la situation des malheureux peladiques qu'il y a lieu de nommer une commission. Sans doute, elle n'arrivera pas à trouver la limite entre les pelades contagieuses et les non contagieuses; mais elle dira que beaucoup de peladiques ne méritent pas l'excès de crainte qu'ils inspirent; qu'il y a lieu pour eux, pour les enfants surtout, de prendre des mesures moins dures que celles auxquelles ils sont soumis.

De la prophylaxie des ophtalmies des nouveau-nés. — M. Pinard. Les ophtalmies ou conjonctivites purulentes des nouveau-nés contituent la cause de cécité la plus fréquente (33 p. 100 en France). Les pouvoirs publics se sont émus de la fréquence d'aocidents si facilement évitables, et M. le Dr Pédebidou, sénateur, a invité le gouvernement à adresser à toutes les sages-femmes une circulaire pour leur rappeler que les irrigations au permanganate de potasse constituaient un remède souverain contre l'ophtalmie purulente.

L'Académie, consultée à ce sujet par le ministre de l'intérieur, a désigné une commission pour étudier la question. M. Pinard, rapporteur, termine par les conclusions suivantes :

Il n'y a pas une ophtalmie, mais bien des ophtalmies purulentes des nouveau-nés, toutes d'origine infectieuse et de nature contagieuse

Si l'ophtalmie purulente est causée le plus souvent par le gonocoque, elle peut aussi naître sous l'influence d'autres agents microbiens.

L'infection des conjonctives peut se produire : avant la naissance, le plus souvent dans le vagin, mais quelquefois aussi dans l'utérus ; ou après la naissance, d'où les ophtalmies dites primitives et secondaires.

Théoriquement, le traitement prophylactique idéal consisterait à placer les yeux de l'enfant à l'abri de tout agent infectieux, et cela depuis le moment où l'œuf humain est ouvert, jusqu'après le vingtième jour au moins à partir de la naissance.

Pratiquement, l'emploi des différentes méthodes antiseptiques, visant à obtenir l'asepsie de l'appareil génital maternel, avant l'accouchement, et de l'appareil oculaire fœtal au moment de la naissance et dans les trois semaines qui la suivent, a fait diminuer le nombre des ophtalmies purulentes des nouveau-nés dans des proportions considérables, sans toutefois la faire disparaître complètement, quel que soit l'agent médicamenteux employé. Toutefois le traitement prophylactique et curatif se montre d'autant plus puissant qu'il est appliqué plus tôt.

Ceci établi, notre tâche devient plus facile pour répondre à la question qui nous est posée. Le permanganate de potasse constitue-t-il un remède souverain contre l'ophtalmie purulente, et doit-on en rendre l'usage obligatoire pour toutes les sages-femmes ?

Les statistiques et les considérations qui précèdent nous permettent de donner une conclusion absolument négative.

Pour répondre fructueusement aux intentions de notre confrère le Dr Pédebidou, et à celles du Sénat tout entier, d'autres mesures sont à proposer.

Tout d'abord, il doit être bien établi que si le traitement prophylactique des ophtalmies purulentes peut être appliqué par tous les médecins et par toutes les sages-femmes, le traitement curatif appartient exclusivement aux médecins.

Au point de vue prophylactique, ce n'est pas en rendant obligatoire l'usage de la solution de nitrate d'argent, comme on l'a fait en Prusse, ou l'usage du permanganate de potasse, comme on voudrait le faire en France, qu'on arrivera à diminuer le nombre des aveugles :

On arrivera à ce résultat :

1° Quand tous les médecins et toutes les sages-femmes sauront appliquer les méthodes antiseptiques de façon à obtenir l'asepsie, et cela pendant la durée nécessaire ;

2° Quand personne n'ignorera les dangers des ophtalmies purulentes des nouveau-nés ;

3° Quand tous les cas d'ophtalmie seront soignés dès le début, et bien soignés.

Les réformes récentes concernant l'enseignement obstétrical des médecins et des sages-femmes, répondront certainement par la suite au premier desideratum.

Une courte notice sur les symptômes et les dangers des ophtalmies, donnée avec chaque acte de naissance, la déclaration obligatoire et immédiate de toute ophtalmie, répondront au second.

La création de médecins ophtalmologistes dirigeant le traitement curatif dans toutes les Maternités, et enseignant

Digitized by Google

aux élèves médecins et sages-femmes la manière de l'appliquer, répondra au troisième.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine. — M. Lancereaux présente deux malades atteints, l'un d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite ; l'autre d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, considérablement améliorés l'un et l'autre, sinon guéris par la gélatine en injections sous-cutanées.

M. Lancereaux injecte, environ tous les 15 jours, dans la région fessière, 200 à 250 grammes d'une solution à 2 0/0 de gélatine dans du sérum physiologique (solution de chlorure de sodium à 7 0/00) 15 à 30 séances sont nécessaires pour obtenir la guérison définitive. *(16 juillet)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Rétrécissement du pylore sans rétention alimentaire. M. Soupault rapporte plusieurs observations montrant qu'il existe des rétrécissements du pylore sans rétention alimentaire. Ces sténoses pyloriques sans stase sont ordinairement méconnues ; on les range sous des rubriques variées : gastrites, gastralgies, dyspepsies nerveuses, etc... Les signes physiques y font défaut ; c'est ce qui explique l'erreur de la plupart des médecins.

Il n'y a pas de rétention alimentaire ; la sonde à jeun trouve l'estomac absolument vide. Par contre, il existe après les repas une tension de la région épigastrique, du clapotage passager, parfois une légère ondulation péristaltique. Les troubles fonctionnels consistent en douleurs plusieurs heures après les repas, siégeant soit à la région épigastrique, soit dans la région lombaire ; en vomissements, regurgitations acides et renvois de gaz.

Cette affection évolue pendant un certain temps (5 à 20 ans) par accès séparés de remissions ; puis il arrive un moment où les accès s'aggravent, se prolongent, malgré l'emploi d'une thérapeutique rationnelle. Une intervention chirurgicale devient alors nécessaire ; c'est la gastro-entérostomie, dont M. Soupault a recueilli les meilleurs effets.

Scorbut infantile. — M. Comby. Le 8 mai 1901, mon confrère, le Dr Biron, m'adressait un garçon de onze mois qu'il soignait, depuis deux mois, pour des accidents rhumatoïdes. L'enfant souffrait, criait quand on touchait à ses jambes et on notait un gonflement considérable et fusiforme sur les fémurs et les tibias. Cependant, le salicylate de soude, l'antipyrine étaient restés sans effet, et l'enfant s'affaiblissait, pâlissait, devenait cachectique. Au premier abord, je reconnus le scorbut.

Et, en effet, on notait, en outre, du purpura aux membres, des gencives tuméfiées, ecchymotiques et saignantes, des fémurs engaînés par des masses profondes, rénitentes, douloureuses (hématomes sous-périostés). L'étiologie était d'ailleurs très nette. Enfant vigoureux à la naissance, nourri par sa mère pendant deux mois, puis au biberon. Il prenait du lait maternisé (un litre, puis un litre et demi par jour). Pas d'autre nourriture. Pendant sept mois, ce lait modifié a été parfaitement supporté. Puis, les symptômes scorbutiques se sont déroulés progressivement. Quand je vis l'enfant, il était dans un état lamentable.

Je prescris la suppression immédiate du lait maternisé, son remplacement par le lait frais simplement bouilli. J'ajoute trois cuillerées à soupe de purée de pommes de terre et trois cuillerées à café de jus d'orange par jour. En somme régime antiscorbutique. Il n'en fallut pas davantage pour guérir l'enfant. Le changement fut frappant dès les premiers jours. Plus d'hémorrhagies buccales, plus d'inertie musculaire ; la vivacité revient, l'anémie se dissipe, les gonflements osseux se résorbent peu à peu. Au bout d'un mois, l'enfant était entièrement guéri.

Quand on rencontre un exemple aussi net, il est impossible de méconnaître le scorbut, et alors on comprend bien la variété des discussions qui se sont élevées autour d'une question aussi simple.

La maladie de Barlow est bien le scorbut ; tout le prouve, l'étiologie, la symptomatologie et enfin le traitement.

Sur douze cas de cette maladie publiés en France, il est à noter que huit sont imputables à l'alimentation artificielle, il faut donc, jusqu'à plus ample informé, s'en défier.

Le rétrécissement aortique acquis et l'aortite chronique dans l'enfance. — M. Barié. Le rétrécissement aortique vrai, déjà peu fréquent chez l'adulte, constitue une affection rare dans l'enfance ; lorsqu'on l'y rencontre, il est presque toujours associé à l'aortite chronique dont il semble la conséquence.

On le reconnaît à la présence d'un souffle systolique, rude, râpeux, au foyer aortique avec propagation vers la clavicule et la carotide droites, à l'existence, au même foyer que le souffle, d'un frémissement cataire systolique, généralement rude et vibrant, et d'une dilatation hypertrophique du cœur gauche. De plus, le pouls est régulier, petit, dur et lent. Ce rétrécissement aortique vrai occupe la portion supérieure de l'orifice, ou pour mieux dire, de l'anneau fibreux sur lequel s'insèrent les valvules sigmoïdes. Quant au rétrécissement sous aortique, les valvules sigmoïdes restant saines, signalé par Vulpian, il a été rencontré quelquefois dans l'enfance ; mais la rareté des faits publiés montre qu'il s'agit d'une affection exceptionnelle.

Polynévrite suite de coqueluche. — M. Guinon. Il s'agit d'une enfant de 5 ans, qui, dans la décroissance d'une coqueluche, fut atteinte de paralysies diffuses frappant les membres inférieurs, le cou, les muscles respirateurs à l'exception du diaphragme, les muscles droits internes des globes oculaires. La diffusion des symptômes, puis l'évolution favorable, rentrent tout à fait dans le type des névrites diffuses.

Cette observation montre de plus que la coqueluche aussi bien que la diphtérie et d'autres maladies infectieuses peuvent produire la polynévrite.

Digitized by Google

Laryngite phlegmoneuse. — M. Menetrier présente une pièce anatomique provenant d'un homme de 35 ans, mort au milieu d'accidents asphyxiques après un court séjour dans le service. L'isthme du gosier, la région supérieure du larynx : épiglotte, replis aryténo-épiglottiques, aryténoïdes et espace inter-aryténoïdien étaient le siège d'une tuméfaction dure avec infiltration phlegmoneuse des tissus. Le pus collecté dans de nombreux foyers cellulaires contenait à l'état de cultures pures un microbe particulièrement virulent, l'entérocoque. Les poumons étaient le siège d'une congestion très intense, ce qui explique pourquoi la trachéotomie avait été jugée inutile pour sauver le malade, l'ensemble des symptômes présentés ne laissant aucun espoir à ce sujet. (*12 juillet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur le tétanos. — M. Reynier. Lorsqu'un cas de tétanos se montre dans un service de chirurgie bien tenu, nous sommes réduits à des hypothèses pour trouver la porte d'entrée du germe pathogène. Si l'on ne peut incriminer ni les mains du chirurgien ou de ses aides, ni les objets de pansement, ne pourrait-on pas mettre en cause le malade lui-même qui pourrait être la victime du microbe de Nicolaïer, microbe qu'on localise par l'acte opératoire. Les cas de tétanos succédant dans les pays chauds, où le tétanos est fréquent, à une simple piqûre d'aiguille de Pravaz bouillie, peuvent s'expliquer ainsi, de même que ces cas de tétanos apparaissant dans des services où cette infection est inconnue.

A propos des faits qui ont été cités dans cette Société, il ne semble pas l'action préventive, ni même l'action curative du sérum antitétanique, soit nettement démontrée, des cas de mort s'étant produits alors que ces injections avaient été faites dans les délais nécessaires.

Sans doute, nous ne devons pas renoncer à ces injections qui se sont montrées favorables dans quelques cas, mais nous devons y ajouter l'ancien traitement classique, basé sur l'emploi du chloral à doses élevées (20 à 25 gr. par jour) très bien supporté dans ces cas.

Fibromatose inflammatoire. — M. Delbet attire l'attention sur certaines productions fibreuses, à marche envahissante, simulant un néoplasme par leur masse, mais se développant autour d'un foyer infectieux, la cholécystite dans le cas particulier. Il s'agit en réalité de tumeurs d'origine inflammatoire

Elles diffèrent des fibromes vrais, en ce qu'il y a une discordance absolue entre leur structure et leur évolution. Cliniquement, macroscopiquement, elles sont malignes; elles s'infiltrent dans les muscles, pénètrent dans les vaisseaux ; elles ont le caractère fondamental de la malignité ; l'extension excentrique par envahissement. Mais elles sont constituées de tissu fibreux. Or, les fibromes s'accroissent par développement concentrique ; ils refoulent les tissus et organes voisins sans les envahir.

De plus, ces tumeurs diffèrent des néoplasmes par la possibilité de leur régression, lorsque la cause inflammatoire a été enlevée. Au contraire, la permanence est considérée comme un caractère fondamental des néoplasmes. Tant qu'il en reste une parcelle, elle continue à proliférer.

Dans le cas particulier, il s'agit d'un processus tout à fait spécial, aboutissant à la formation de tissu fibromateux autour d'un foyer inflammatoire.

Etiologie de la grossesse ectopique. — M. Larger. La grossesse ectopique n'est autre chose qu'un stigmate de dégénérescence, au même titre que le bec-de-lièvre, le pied bot, l'exencéphale, etc. Elle est, en conséquence, héréditaire.

Toutefois, son hérédité homologue n'a pu être encore nettement prouvée, la détermination exacte de la grossesse ectopique étant de date trop récente.

Par contre, son hérédité par transformation est bien établie. Elle s'opère indistinctement avec tous les autres stigmates physiques, moraux ou obstétricaux de la dégénérescence.

La grossesse ectopique marque cependant une préférence à se transformer avec la gemellité, et surtout l'avortement, avec lesquels elle se confond et se fusionne le plus habituellement, soit dans la même gestation, soit dans des gestations différentes de la même femme.

Présentations de malades. — M. Schwartz présente deux malades qu'il a opérés avec succès :

1° Calcul du cholédoque, cholédocotomie, drainage du cholédoque. Guérison.

2° Anévrisme artério-veineux de la tibiale antérieure à sa sortie du ligament interosseux chez un jeune garçon ; extirpation. Guérison sans aucune impotence fonctionnelle (*10 juillet*).

BIBLIOGRAPHIE

Un progrès de l'hydrothérapie : *examen et critique des systèmes de Priessnitz et de Kneipp*. Exposé fait pour la première fois d'après des documents authentiques, par le Dr Alfred Baumgarten, directeur de l'établissement de Wœrishofen. Traduction française par le Dr Ernest Bonnaymé, de Lyon. 1 volume chez Masson et Cie, éditeurs.

Dans cet ouvrage, à la fois historique et médical, l'auteur expose l'origine et le développement de la thérapeutique connue sous le nom de Kneipp. On y trouve bien moins une biographie du célèbre curé et de Priessnitz, son précurseur, qu'un exposé critique de leurs systèmes. C'est la première fois, croyons-nous, que paraît en France un travail sur la méthode Kneipp, travail dont la lecture ne manque pas d'intérêt.

Erratum. — Dans notre précédent numéro, page 457, au lieu de sauzarine, lire saccharine.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas de pincement crural de l'intestin grêle sans autre signe que l'irréductibilité

par M. Ed. Schwartz, *Professeur agrégé*
Chirurgien de l'hôpital Cochin

La chirurgie des hernies est de pratique courante, et c'est à ce titre que je crois devoir insister sur l'observation que voici :

Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, Mme P..., atteinte de bronchite chronique, par conséquent toussant souvent et beaucoup. Le 23 avril 1901, sans que la malade se rappelle avoir fait un effort, elle ressent une légère douleur dans l'aine droite, y porte la main, et constate la présence d'une tumeur qu'elle ne connaissait pas avant. Très effrayée, quoiqu'elle n'ait aucun symptôme inquiétant, elle fait appeler son médecin, qui, après examen approfondi, porte le diagnostic de hernie crurale irréductible et engage l'entourage à demander une consultation, étant données la possibilité d'un étranglement et l'urgence d'une intervention. Cependant Mme P... ne présente aucun autre signe que l'irréductibilité de la tumeur crurale, qui n'est même pas douloureuse à la pression. Pas la moindre nausée ; va à la selle ; rend des gaz par l'anus ; pas de ballonnement. Cet état existe encore le lendemain 24 avril, jour où elle entre dans une maison de santé où je la vois dans la soirée. Femme amaigrie atteinte de bronchite. L'examen de la région crurale nous montre une tumeur grosse comme un petit œuf, un peu tendue, comme s'il y avait du liquide, nettement pédiculée vers la profondeur, un peu douloureuse à la pression profonde, non réductible par la simple pression : elle est bien exactement située au niveau de l'anneau crural, vers lequel se dirige son pédicule. Le ventre est souple, aucun ballonnement ; il n'y a toujours aucune nausée, aucun vomissement, quoique la malade ait bu et mangé ; selles le matin et gaz par l'anus. Pas d'anorexie appréciable, l'appétit ne paraît pas diminué. Aucune température. Le pouls est normal, bien frappé. Je portai le diagnostic de hernie crurale irréductible, et, devant le silence symptomatique complet, quoique je fusse parvenu à l'insidiosité de l'étranglement crural, je pensai plutôt à une épiplocèle irréductible, avec un peu de liquide dans le sac. Néanmoins, considérant qu'il est toujours bon de se débarrasser le plus vite possible d'une hernie crurale irréductible, je conseillai l'opération dans le délai le plus rapide possible. Elle fut acceptée et pratiquée le 25 avril à 4 heures du soir, soit un peu plus de deux jours après la sortie de la hernie, en admettant qu'elle n'eût pas passé inaperçue malgré son existence antérieure. Le matin même, la malade a eu une garde-robe très abondante après un léger purgatif d'épreuve.

Chloroformisation facile. Incision de la peau suivant une ligne verticale. Je tombe rapidement sur le sac qui est ponctionné et qui laisse écouler quelques cuillerées à café de liqui de sérosanguinolent. Après l'avoir soigneusement abstergé et lavé, je découvre au fond du sac une petite tumeur grosse comme une noisette, non luisante, et qui est certainement l'intestin. Je glisse entre elle et le collet du sac le bout mousse du ciseau, puis j'élargis avec l'index introduit graduellement à leur place l'anneau et le collet herniaire très serrés. Je parviens alors à attirer au dehors une anse intestinale sur laquelle il est facile de voir une portion de la circonférence pincée très fortement ; il s'agit incontestablement d'un pincement herniaire. L'empreinte que l'agent étranglant a produite est nettement tracée et circonscrit une étendue correspondant environ à une pièce de deux francs ; cette empreinte ne nous paraît pas, pas plus que l'état de la paroi, de nature à inspirer des inquiétudes au point de vue de la réduction de l'anse attirée ; il y a de la congestion intense, mais aucune menace de sphacèle. Le diverticule tend à s'effacer.

Réduction de l'anse pincée, puis cure radicale par ablation du sac, ligature du collet et enfouissement dans l'anneau crural derrière des tissus fibreux suturés par devant. Réunion totale sans drainage. La malade a guéri sans aucun incident,

Voilà donc un cas de hernie crurale avec pincement latéral de l'intestin grêle manifeste, qui ne donne lieu à aucun autre symptôme que l'irréductibilité et qui ne diffère en rien d'épiplocèles crurales irréductibles que nous voyons si fréquemment ; et nous pouvons affirmer que si nous avions attendu un ou deux jours pour opérer nous nous serions certainement trouvé en présence d'un intestin gravement compromis dans sa vitalité, en admettant que des accidents graves n'eussent pas éclaté auparavant.

Nous avons eu l'occasion de nous trouver une fois déjà en présence d'un pincement latéral de l'intestin grêle ; les accidents s'étaient déroulés tout autrement, la malade avait été prise de tous les signes d'une occlusion aiguë.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, A. J..., journalière, qui entra à l'hôpital de la Pitié en 1888, le 13 avril, pour des accidents graves du côté de l'abdomen. Elle se connaissait une hernie au niveau de l'aine, avait déjà souffert à ce niveau, mais n'avait jamais porté de bandage, la tumeur restant généra-

Digitized by Google

lement réduite. Le 6 avril, elle sort, sous l'influence d'un effort : la malade est prise de vomissements, mais continue à aller à la selle ; un médecin appelé ne reconnaît pas l'étranglement, et ce n'est que le 6e jour, le 12 avril, que, devant des accidents de plus en plus graves, elle est transportée à l'hôpital, ou je la vois. Facies péritonitique ; pouls petit, misérable, fréquent ; température à 36 degrés, ventre non ballonné. souple ; vomissements verdâtres, porracés et alimentaires ; rend des matières après un lavement qui lui a été administré dès son entrée.

Dans l'aine gauche, tumeur tendue, douloureuse, mate, à pédicule profond, irréductible.

Malgré la péritonite déjà déclarée, kélotomie immédiate. On tombe sur un sac graisseux contenant du liquide clair et dans son intérieur une petite masse jaune rougeâtre en forme de bout de doigt de gant, ressemblant plus à de l'épiploon qu'à de l'intestin. Lavage du sac. Etranglement très serré au niveau du ligament de Gimbernat. Section de l'étranglement, puis dilatation avec le doigt ; il ne s'écoule aucun liquide du péritoine. J'essaie d'attirer en dehors la partie engagée ; elle se déchire ; ligature au niveau de cette partie déchirée ; pensant à l'épiploon, je laisse rentrer la partie herniée qui se retire dans le ventre. Drain dans l'anneau crural.

Glace sur le ventre.

L'opérée continue à se refroidir et succombe douze heures après.

L'autopsie, faite au bout de vingt-quatre heures, permit de constater les faits suivants : sur l'intestin grêle, près de sa terminaison, existe une sorte de diverticule, ou plutôt une ampoule cernée sur sa circonférence par une rainure profonde avec section complète en un point. La paroi de l'intestin, au niveau de l'intestin, au niveau de l'ampoule, est très altérée, mais sans présenter la teinte feuille morte caractéristique de la gangrène ; la plaque est située sur la circonférence de l'intestin, opposée à l'insertion mésentérique, et ne siège guère que sur la moitié de cette circonférence ; le calibre de l'intestin est perméable. Il ne s'agit pas d'un diverticule de Mec kel, mais bien d'un pincement latéral, d'une hernie incomplète, de la hernie dite de Richter. Péritonite généralisée ; pas de matière dans le ventre.

Tandis que chez cette malade le pincement latéral s'était traduit par tous les signes d'un étranglement manifeste, et qu'il ne pouvait y avoir aucune hésitation au point de vue du diagnostic, chez notre dernière opérée l'on peut dire qu'à part l'irréductibilité d'emblée, la légère tension douloureuse de la tumeur crurale, aucun autre signe ne pouvait nous mettre sur la voie d'un diagnostic précis. Silence complet du tube digestif ; même l'anorexie nous a manqué ; la malade n'a accusé aucune modification appréciable de ce côté. Nous connaissons tous, pour les avoir observés, ces cas d'étranglement crural, insidieux, où les signes fonctionnels sont très peu accusés, nullement en rapport, en tout cas, avec l'intensité de la lésion intestinale, et sur lesquels notre maître Gosselin avait déjà appelé l'attention. Ce sont des étranglements qu'on pourrait presque appeler latents avec Jaboulay ; et cependant, quand on les recherche, on trouve, outre l'irréductibilité et les signes physiques du côté de la tumeur, quelques signes fonctionnels, peu accusés, il est vrai, mais qui n'en existent pas moins : un ou deux vomissements, du malaise et surtout l'anorexie qui, pour ainsi dire, ne manque jamais.

Nous avons recherché dans les travaux parus sur le pincement latéral toutes les observations publiées ; les plus complètes, sinon les plus précises, sont le mémoire d'Adam (de Nancy), puis celui de Vires (de Montpellier). Nous n'en avons trouvé aucune se rapprochant de celle que nous venons de vous rapporter.

Dans un mémoire plus récent encore, de *Sheey*, qui a publié trois cas de hernies de Richter, nous n'avons trouvé rien de pareil. Il s'agit, par conséquent, d'un fait rare.

Il nous permet de bien appuyer encore une fois sur ce point, qu'en fait d'étranglement crural, les phénomènes fonctionnels et généraux sont à mettre au second plan ; que les phénomènes physiques, les signes tirés de l'examen de la tumeur herniaire, doivent avoir pour nous une signification bien plus importante, nous dirons essentielle.

Dans notre cas, ils n'étaient eux-mêmes pas très marqués ; toutefois : 1° l'irréductibilité d'emblée avec douleur constatée chez une malade qui a l'habitude de bien s'observer et qui affirme n'avoir pas eu connaissance d'une tumeur antécédente, 2° la tension de la tumeur, peu accentuée, il est vrai, mais certaine, étaient des motifs suffisants, avec ce que nous savons de la marche si insidieuse des hernies crurales, pour nous armer et nous faire intervenir. En admettant que nous nous fussions trompé, et qu'il se fût agi d'une épiplocèle crurale irréductible d'emblée, notre conduite n'eût pu qu'être utile à la malade. Je finis en concluant que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une hernie, spécialement d'une hernie crurale, irréductible d'emblée, et alors même qu'on peut penser à une épiplocèle, il vaut mieux intervenir le plus tôt possible que de risquer de laisser évoluer un pincement latéral de l'intestin.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La psychothérapie dans le traitement de la neurasthénie (1)

Par Maurice de Fleury, *Ancien interne des Hôpitaux*

Tous les monographes de la neurasthénie ne manquent point de consacrer, dans leur chapitre traitement une place importante à la cure psychothérapique. S'il faut entendre par ce mot l'emploi méthodique de la suggestion mentale, je pense, on sait déjà pourquoi, qu'il n'y a point à proprement parler de psychothérapie directe qui soit capable de supprimer les grands symptômes neurasthéniques.

Quand un état morbide naît tout entier de l'idée, comme c'est le cas de l'hystérie, il n'y a point d'autre traitement rationnel, et en fait efficace, que le délogement de l'idée par l'idée. Mais je pense qu'il est désormais établi que le neurasthénique vrai n'est pas passible de la suggestion; que, chez lui, l'état intellectuel ne survient que secondairement à l'état effectif, à l'état d'émotion, lequel dépend essentiellement de tout l'ensemble des signes somatiques dont nous avons constaté, mesuré, la réalité objective.

Mais, dans les cas de neurasthénie très ancienne et puissamment enracinée, nous avons constaté que — tout en étant un résultat de l'empêchement fonctionnel des organes, et une conséquence des troubles de la nutrition, — l'état mental finit par se constituer, à la longue, une personnalité quasi-indépendante, si bien qu'il reste encore quelque chose à faire après qu'on a replacé l'organisme au cran d'activité normale. Ce sont alors de véritables idées fixes secondaires, qu'il est parfois très long de pourchasser jusqu'à destruction totale. Ancré depuis longtemps dans la tristesse, dans l'inactivité et dans la peur, qui, devenues habituelles, constituent à la lettre une seconde nature, l'esprit, interprétant toutes les choses, fût-ce les plus heureuses, dans le sens pessimisme, est absolument comparable à quelque forteresse dont il faut savoir faire patiemment le siège, pour la prendre d'assaut en un jour opportun. Ici, la psychothérapie a son rôle bien défini.

Et, d'autre part, il est certain que, pour n'être pas suggestible au sens précis du mot, le neurasthénique est pourtant impressionnable, il a besoin d'être compris de son médecin, de pouvoir lui parler et lui faire ses confidences sans susciter chez lui l'impatience ou l'ironie. Avide de sympathie plus encore que d'encouragement, il recherche un cœur fraternel pour épancher son cœur débordant de tristesse; il faut, qu'en arrivant dans le cabinet du docteur, son âme toujours inquiète éprouve le sentiment de sécurité retrouvée, de bon tuteur, d'appui solide.

C'est encore là une façon de traitement moral que je tiens pour fort importante. Tout médecin qui n'inspire pas confiance aux neurasthéniques, ne revoit guère ses malades et par conséquent ne leur fait aucun bien.

Dans le *Traité de thérapeutique appliquée* de Robin, M. Brissaud dit à ce propos des choses excellentes; celles-ci par exemple : « le médecin devra donc éviter tout ce qui pourrait diminuer le petit reste de cette confiance que le malade veut bien lui accorder conditionnellement. Il est sûr d'atteindre son but en ne disant que la vérité. Si le neurasthénique découvre qu'il a été trompé, il n'admet même pas la bonne intention pour excuse ou circonstance atténuante. Il constate simplement qu'on le trompe, par exemple en lui annonçant que sa maladie guérira dans tel délai, alors que ce délai est depuis longtemps expiré, et que la maladie dure encore. Et il en conclura que c'est lui qui a raison en se déclarant incurable; que d'ailleurs, il le sait bien, ce médecin n'y entend rien, ne connaît pas le premier mot de sa maladie, comme tous ceux qu'il a déjà consultés, et il ira sur le champ en consulter un autre. Tout sera à recommencer. »

J'ai déjà dit que le médecin de neurasthéniques doit, dès la première visite, par la tournure même de son interrogatoire, montrer à son malade qu'il connaît aussi bien que lui tous les tourments dont il est accablé. Ancien neurasthénique et neurasthénique guéri, il devient aussitôt comme un vivant exemple, comme une constante leçon d'espérance. Certes, le névropathe ne pourra pas en profiter tout de suite, son cerveau étant accroché à ce cran où justement l'espoir n'est pas possible; et cependant, cela sera pour lui un réconfort que de prendre pour guide un homme qui a souffert comme lui autrefois, qui est descendu dans les mêmes ténèbres, qui en parle avec l'éloquence de ceux qui sont passés par là, et qui maintenant fait son métier avec activité, d'un esprit clairvoyant, évidemment réconcilié avec la vie.

Nous reviendrons tout à l'heure sur la façon dont le médecin doit faire accueil à son malade, sur ce qu'il doit lui dire, et sur la façon dont il doit régler tout de suite leur collaboration étroite au traitement.

D'ordinaire, le patient se prête volontiers aux minuties du régime et du règlement de vie qu'on lui impose. Il est plutôt intéressé que contrarié par la discipline qui fixera par avance l'emploi des différentes heures de sa journée, et qui mettra de l'ordre dans le douloureux chaos de son esprit.

Il y a des chances, s'il n'est pas atteint depuis très longtemps, pour qu'il consente volontiers et vite à

(1) Suite. Voir *Journal des Praticiens*, n° 27.

Digitized by Google

constater et même à avouer qu'il va mieux (1), sous l'influence du traitement éliminateur ou du traitement tonique auquel on le soumet. Il n'y a de difficultés véritables que lorsqu'il a contracté de très anciennes habitudes avec la dépression mentale, avec la mélancolie, avec l'inactivité intellectuelle, avec la peur des maladies ou telle autre phobie. C'est alors qu'il faut faire de la psychothérapie véritable, tâcher tous les jours à dissoudre cette synthèse mentale pathologique qui s'endurcit en vieillissant, et se fait constamment un peu plus résistante ; c'est alors qu'il faut opposer avec force des images nouvelles aux images anciennes, et, plus encore, des habitudes utiles aux habitudes inutiles ou nuisibles.

D'ailleurs, il est bien rare que l'état normal ne se modifie pas d'une façon sensible sous l'influence de la médication accélératrice de la nutrition. Seulement, il arrive que le changement passe inaperçu ; voici pourquoi : tout d'abord, au début de la cure, votre malade était atone, triste, prompt aux larmes. Vous stimulez énergiquement son système nerveux, et voilà que cinq semaines après il vous paraît tout aussi névropathe qu'auparavant. Il est, à présent, plus farouche et plus sombre que triste à proprement parler ; il pleure moins, et se met plus souvent en colère, et lui-même n'accuse pas de véritable amélioration. On ne peut pourtant le tenir pour guéri que quand il s'avouera lui-même hors d'affaire.

Si vous vous efforcez de mieux comprendre ce qui s'est passé dans un cas comme celui-là, vous constaterez que votre traitement n'est pas demeuré impuissant, mais que vos stimulations toniques portant sur un cerveau de déséquilibré, l'ont transporté de l'état de faiblesse irritable où il vivait précédemment, à un état d'irritabilité constante qui en diffère à bien des points de vue. Ce névropathe au regard sombre, aux paroles amères, aux colères faciles, et qui n'a pas l'air d'aller mieux, a pourtant pour lui quelque chose qu'il ne possédait pas cinq semaines auparavant, de la force nerveuse. Il s'en sert mal et elle sort de lui tumultueusement, d'une façon désordonnée ; mais si vous vous avisez de canaliser cette énergie qui se gaspille, et de l'utiliser, si vous contraignez le malade à des exercices physiques réguliers ou à un travail intellectuel progressif, à heures réglées, — travail qui devra être un travail d'accomplissement plutôt que de lecture, — vous verrez très vite tomber l'énervement farouche, les colères et le pessimisme irrité. Donner de la force à un nerveux sans l'entraîner à s'en servir, c'est faire d'aussi mauvaise besogne que celle qui consisterait de changer un estomac anachlorhydrique en hyperchlorhydrique, sans donner d'aliments en pâture à ce suc gastrique trop riche ; au demeurant, le patient aurait toujours mal à l'estomac ; il n'en faudrait cependant point conclure que le traitement n'a pas agi.

La caractéristique peut-être la plus importante de l'état mental neurasthénique, est l'extraordinaire tendance de ces malades à continuer ce qu'ils ont commencé, à contracter des habitudes. Or, il dépend du médecin que ces habitudes, jusque-là fâcheuses ou vaines, deviennent bonnes et utilisables. C'est en cela que devra consister l'essentiel de la cure psychothérapique. Dans un ouvrage précédent (1), j'ai longuement exposé les résultats de mes observations sur la façon dont il est possible, chez les nerveux, de substituer le bon automatisme, l'habitude féconde, aux manies déplorables où se gaspille l'existence de tant d'hommes intéressants. Un grand esprit ne diffère d'un névropathe impuissant, disais-je, que par la beauté de son idée fixe ou par l'excellence de ses habitudes. C'est une conception que je crois juste encore à l'heure actuelle, et qui, bien souvent, m'a conduit à des résultats thérapeutiques tels que je n'aurais pas osé les espérer.

Il nous reste encore à résoudre un certain nombre de questions qui ne sont pas sans importance, celles-ci notamment :

1° Un neurasthénique doit il être traité dans le milieu où il vit d'ordinaire ou dans une maison de santé ?

2° Faut-il le maintenir au repos ou le contraindre à l'exercice ?

3° Convient-il de mettre en jachère les facultés de son esprit ou de les appliquer au travail régulier ?

4° Que faut-il enfin préférer du régime ou de la suralimentation, de l'immobilisation ou des voyages ?

Essayons d'y répondre aussi nettement que possible.

1° Je crois qu'il est souvent possible de soigner les neurasthéniques dans leur milieu habituel et de leur épargner l'ennui de s'enfermer, pendant plusieurs semaines, dans une maison d'hydrothérapie, si riante soit-elle. L'isolement, que je tiens pour à peu près indispensable au traitement de l'hystérie, est plus rarement nécessaire aux neurasthéniques. Au point

(1) Quand sa maladie est ancienne et très enracinée, le neurasthénique en arrive à ne plus vouloir guérir. Si cruelle qu'elle puisse être, sa misère lui devient chère, tant il est vrai que nous nous attachons à tout ce dont nous avons pris coutume. Parfois, il en arrive à prendre en grippe quiconque cherche à l'arracher à ses idées désespérées, et cela d'autant plus que l'on affirme plus catégoriquement qu'il va mieux. Rien n'exaspère un malheureux neurasthénique que de lui redire trop souvent qu'il va bien alors qu'il n'a encore aucune conscience de cette amélioration. Aussi, même s'il la constate, le médecin doit-il souvent se garder de la proclamer ; mieux vaut attendre que la conviction se fasse tout doucement et d'elle-même dans l'esprit du névropathe, chez qui l'esprit de contradiction est particulièrement développé.

(1) Introduction à la *Médecine de l'Esprit*.

Digitized by Google

de vue social et mondain, il n'est pas sans inconvénients, les mauvaises langues ayant vite fait de raconter qu'un homme a été interné, parce qu'il vient de passer huit semaines de claustration volontaire dans un établissement dont le séjour est interdit aux véritables aliénés. J'y ai recours, pourtant, dans quelques cas tout à fait graves ; quand l'entourage du malade, au lieu d'aider au traitement, ne contribue qu'à exaspérer davantage l'état du malheureux. J'ai vu, comme cela, des neurasthénies à deux, de mère à enfant quelquefois, conjugales le plus souvent, qui nécessitent impérieusement la séparation des deux malades. Isolez encore, si vous le pouvez, ces neurasthéniques parleurs, qui ne cessent de gemir tout haut, de conter infatigablement à leurs proches l'intensité de leurs misères, la gravité de leur état, l'irréparable perte de leur mémoire, de leur attention, de leur volonté. Chez eux, devant leurs parents ou leurs femmes, ils ne se gênent pas pour redire, du matin au soir, les mêmes mots de désespoir, aggravés des épithètes les plus hyperboliques. Or, il arrive que, tout en voulant convaincre leurs proches qui doutent de la réalité de leurs souffrances, ces malheureux finissent par accroître la conscience qu'ils ont de leur mal. Les paroles désolées qui sortent de leur bouche et auxquelles, les premiers temps, ils ne croyaient eux-mêmes qu'à demi, rentrent en eux par leurs oreilles, apportent au cerveau une affirmation constante qui augmente la certitude et fortifie d'autant la synthèse mentale morbide. C'est ainsi qu'un menteur, après qu'il s'est lui-même entendu raconter quelque aventure imaginaire, finit par y croire lui-même, et par ne plus savoir où est la vérité.

Ces neurasthéniques parleurs sont très longtemps rebelles à la cure et ne guérissent qu'à grand'peine, parce qu'ils finissent par mettre une sorte de point d'honneur à démontrer qu'ils sont affreusement malades, et à avoir raison de leurs contradicteurs. Il est bon de les isoler. A leur arrivée dans une maison de santé où personne ne les connaît, ils ont d'abord quelques heures — généralement brèves — de très grande tristesse. Puis ils s'intéressent au milieu inconnu ; les visages nouveaux qu'ils rencontrent leur en imposent, la crainte du ridicule les retient, en même temps que se fait jour cette coquetterie foncière, ce désir de plaire et d'intéresser qui est au fond de tant de névropathes. Et les voilà qui, loin de gémir sans relâche, cherchent à conquérir des sympathies et à briller. Rentrés chez eux au bout de quelques semaines, ils n'auront plus de honte à s'avouer guéris ; et l'on voit s'apaiser très vite des symptômes qui n'eussent fait que s'aggraver dans la vie de famille.

Mais réservons l'isolement pour ces cas de neurasthénie grave, de mélancolie dépressive ou anxieuse. ou d'hystéro-neurasthénie. La neurasthénie simple, dans un milieu moyen, peut se traiter à domicile.

2° En vue de guérir la maladie de Beard, on sait qu'une certaine école préconise le repos complet, voire même l'immobilisation à peu près absolue, au lit, pendant des semaines entières. Jointe à la suralimentation et au massage, cette méthode de faire constitue ce que l'on appelle la méthode de Weir-Mitchell. A l'encontre de celle-là, la méthode de M. Fernand Lagrange consiste à entraîner peu à peu, mais constamment, les névropathes à des exercices physiques chaque jour un peu plus importants.

Ces deux tendances adverses ont chacune leur raison d'être. Mais il importe, on le conçoit, de ne pas pas les employer aveuglément et de préciser — ce que l'on a trop négligé de faire jusqu'à ce jour — leurs indications respectives.

S'il s'agit d'un cas de neurasthénie tuberculeuse ou présumée telle, le doute n'est évidemment pas possible : l'immobilisation s'impose, sous peine de fièvre, d'amaigrissement et d'évolution plus rapide du mal. S'agit-il simplement d'un neurasthénique franchement épuisé, avec pression sanguine basse, nutrition très ralentie, état mental très déprimé, j'estime que le repos (au grand air si possible), avec suralimentation progressive et stimulation du système nerveux et de la nutrition par les injections salines, constitue le traitement de choix. C'est en parlant de ceux-là que Brissaud dit excellemment :

« Vouloir imposer à un neurasthénique des exercices physiques auxquels il se refuse, c'est méconnaître la nature même de sa maladie, c'est le lancer sur un obstacle insurmontable, c'est lui prescrire un remède nuisible. L'effort, dont il se jouerait dans l'état de santé normal, va le harasser et doubler, tripler, décupler peut-être sa fatigue. Il n'y a donc pas de plus mauvais conseil à lui donner que celui d'*oublier son mal* par l'entraînement physique. L'épuisement neurasthénique ne s'oublie pas ainsi sur commande : le résultat ne se ferait pas attendre. Le malade aurait une fois de plus la démonstration de son incapacité et sa neurasthénie morale s'en accroîtrait d'autant ». Remarque profondément juste et qui s'applique pleinement à nos déprimés à hypotension.

Elle n'est plus tout à fait aussi vraie si nous sommes en face d'un neurasthénique à hypertension, d'un artério-scléreux, d'un uricémique, d'un intoxiqué alimentaire, d'un de ces demi-alcooliques sans le savoir comme il s'en rencontre si fréquemment. L'immobilisation et la suralimentation carnée deviennent ici infiniment plus nuisibles qu'utiles. Or, notez qu'au premier abord la différence n'est pas toujours aisée à faire, déprimés et intoxiqués accusant,

Digitized by Google

à quelques nuances près, la même gêne fonctionnelle, la même pesanteur douloureuse des jambes, le même besoin de demeurer immobiles, assis ou étendus. Seul le graphique, recueilli pendant plusieurs jours, permettra le diagnostic. C'est par le régime lacto-végétarien, c'est par les diurétiques et les sudorifiques, c'est par tout ce qui fait éliminer, et notamment par l'exercice musculaire, gymnastique, marche, bicyclette, escrime, que le neurasthénique à hypertension artérielle recouvre la liberté de ses mouvements, le sentiment de légèreté de son corps, en même temps que la limpidité de ses idées, que l'intégrité de sa mémoire et que l'égalité de son humeur. Pour cette catégorie de névropathes, M. Fernand Lagrange est assurément dans le vrai.

3° Quant au travail intellectuel, il ne faut pas non plus l'ordonner sans discernement. J'estime qu'il doit faire partie intégrante du traitement des hystériques, parce qu'il constitue une distraction excellente à leurs idées fixes, parce qu'il meuble le vide cérébral et contraint à se rompre, au moins pour un moment, le rétrécissement du champ de la conscience.

Mais il n'en va plus tout à fait de même chez le neurasthénique vrai. Si l'on cherche, à la période d'état de la maladie, à contraindre son attention à se fixer sur une tâche, alors qu'il lui est impossible d'écrire la lettre la plus banale à un fournisseur, il n'en résulte rien qu'un surcroît de fatigue et un accroissement du sentiment si pénible de déchéance, d'impouvoir. Pendant toute la première partie du traitement, le cerveau du neurasthénique doit rester en jachère : il doit, dans le recueillement, dans la paix que contribue à lui donner le régime alimentaire, accumuler pour l'avenir des réserves de force, à présent épuisées, et qu'il ne doit pas dépenser à mesure qu'il les recouvre.

Mais lorsque vous verrez vos malades donner des signes d'énervement et d'excitation légère due au traitement, quand l'état de leurs forces, de leur pression sanguine, quand l'activité de leurs échanges auront regagné et même quelque peu dépassé la normale, réglez leur existence de façon à faire figurer dans « l'ordre du jour », comme dit M. Brissaud, une demi-heure de travail pour la matinée, une demi-heure pour l'après-midi, et lentement, sagement, augmentez-en la dose. Prévenez le sujet de ce qui l'attend, à savoir, dans les premiers temps, une sensation pénible de vide dans la tête, à laquelle il remédiera en se couchant quelques instants sur une chaise longue, pour revenir ensuite à la table de travail. C'est ici que l'on peut aisément toucher du doigt cette tendance de nos nerveux à contracter des habitudes. Tout d'abord, ils ont grand'peine à donner l'effort nécessaire, et chaque fois la mise en train est difficile, pour légère que soit la tâche ; mais si vous avez soin de régler le travail pour tous les jours à la même heure, il arrivera que le cerveau se tiendra prêt et s'illuminera de lui-même, si j'ose dire, pour faire sa besogne, absolument comme, tous les midis, notre estomac secrète abondamment du suc gastrique et réclame la nourriture. C'est ainsi que j'ai vu bien des neurasthéniques paresseux, enlisés dans l'inactivité, en train de passer pour « ratés » devenir de bons travailleurs sous la double influence du traitement tonique et de l'entraînement.

4° La suralimentation, le gavage, les repas très substantiels encore renforcés par de la viande crue, le régime alimentaire de phtisiques en un mot, doit-il faire partie de l'hygiène du neurasthénique ? assurément non, si nous avons affaire à un nerveux à hypertension en voie d'artério-sclérose. Chez celui-là on ne gagnerait rien qu'une recrudescence des phénomènes d'intoxication, et par la suite, qu'une aggravation de l'état physique et moral. S'agit-il d'un neurasthénique à hypotension, franchement épuisé, il faut lui donner à manger, stimuler son appétit à l'aide des injections salines, et l'entraîner à faire quatre repas par jour, dont l'un, celui de midi, devra être très confortable. Je pense, avec M. Mathieu, qu'il y a une catégorie de neurasthéniques que l'on ne nourrit pas assez. Pourtant gardons-nous d'oublier que ces malades ont tendance à mal éliminer; il serait donc fort imprudent de les gorger de vin, de viandes peu cuites, d'aliments gras, de crudités et de légumes indigestes. Nourrissons-les, mais en les maintenant à un régime qui réduise au minimum les fermentations anormales et les intoxications qui en découlent. L'habitude de prescrire des repas secs et de faire boire abondamment ces dyspeptiques aux heures où l'estomac est vide a ceci d'excellent qu'elle laisse au suc gastrique toute son énergie pour mordre sur les aliments, et qu'elle établit un lavage quotidien du sang par l'abondance des breuvages. On trouvera tout le détail de ce régime alimentaire dans notre récent livre sur la neurasthénie.

Certains neurologistes ne manquent point de conseiller à tout neurasthénique aisé qui vient les consulter, de faire un beau voyage en compagnie d'un jeune interne, chargé de surveiller le traitement en cours de route. Comme le fait remarquer très justement M. Brissaud, « ce conseil ne convient pas à tous les cas, abstraction faite de ceux où des raisons matérielles s'y opposent, les neurasthéniques dyspeptiques à digestions lentes et douloureuses, ne s'accommodent guère des changements et des irrégularités du régime alimentaire. » J'ajoute que, pour de grands fatigués, les longues étapes en chemin de fer, les

Digitized by Google

changements fréquents de lits, les visites des monuments et surtout des musées, constituent un surmenage de tous les jours, et l'un des plus intenses qui se puissent imaginer. Il y a bien la distraction tant vantée; mais la distraction est surtout salutaire aux hystériques en proie à l'idée fixe, tandis que l'accumulation précipitée d'images nouvelles ne fait qu'étourdir et accabler davantage le cerveau d'un neurasthénique vrai. Dans ces cas-là, on est vraiment en droit de dire que le voyage profite surtout à l'interne en lui faisant voir du pays. Je crois pourtant que, dans un cas de neurasthénie ancienne, vers la fin du traitement, alors qu'il s'agit de détruire les idées fixes secondaires, à un moment où le malade a recouvré son énergie vitale et l'intégrité de sa nutrition, je crois que le voyage fait en compagnie d'un jeune homme intelligent, peut couronner la cure d'une façon très heureuse.

Avant de terminer, je voudrais donner à ceux de mes jeunes confrères qui se consacreront à soigner des nerveux, quelques conseils, dont mon expérience déjà vieille de cette sorte de malades m'a démontré l'utilité.

Lorsqu'un neurasthénique viendra chez vous pour la première fois, ne l'accueillez point par des paroles ironiques ni par des haussements d'épaules. Laissez-le, sans sourire déployer les « petits papiers » où il a eu grand raison de noter la longue liste de ses misères, car sa mémoire est si débile qu'il n'aurait su vous dire que choses vagues et décousues, sans cette précaution.

Ecoutez-le patiemment. Si votre salon plein de monde vous presse d'en finir, dites bien au nouveau venu que le temps vous manque aujourd'hui pour l'examiner consciencieusement, comme vous entendez le faire, et fixez-lui pour le lendemain, un rendez-vous à un moment où vous serez sûrement de loisir. Tout en accueillant votre malade avec la bonne grâce qui convient et sur le ton qui vous vaudra sa sympathie, ne pensez pas tout bas que vous avez affaire au pire des fâcheux. Rien n'est intéressant comme la causerie des neurasthéniques, rien n'est instructif comme leurs bavardages réputés monotones et insupportables, si l'on prend la peine d'écouter ce qu'ils disent et de les bien interroger. Songez que ce sont les hystériques et les neurasthéniques, qui ont fourni à quelques observateurs patients les éléments de presque toute la psychologie moderne. Quiconque les juge ennuyeux n'a qu'à se mêler d'autre chose.

D'ailleurs, ne vous contentez pas d'écouter vos nerveux ; ne vous considérez pas comme suffisamment renseigné parce qu'ils auront accusé des troubles dyspeptiques, la sensation de fatigue, une plaque douloureuse à la nuque et des idées noires. Examinez-les aussi soigneusement que vous feriez d'un tabétique ou d'un paralytique général. Faites un diagnostic qui comporte la série de questions suivantes : Est-ce bien un neurasthénique et non un hystérique ou un dégénéré, comme l'entend M. Magnan? La névrose est-elle seule ou associée à une autre? Ne masque-t-elle pas la période initiale d'une tuberculose ou d'une paralysie générale? S'agit-il d'une neurasthénie franche à hypotension artérielle, ou d'une intoxication du système nerveux chez un artério-scléreux, un petit brightique, un goutteux, un diabétique ou un demi alcoolique? A l'aide du phonendoscope de Bianchi, auscultez bien le cœur afin d'être certain que les accès d'angoisse ne dépendent en rien d'une lésion organique ; mesurez les dimensions de l'estomac, celles du foie ; recherchez s'il y a des ptoses viscérales, mesurez enfin la pression artérielle, l'état des forces et, si vous êtes outillé pour cela, l'activité des échanges. Demandez en outre au malade une analyse des urines, analyse quantitative et par kilogramme de poids, faite chez un chimiste de qui vous soyez sûr, et qui ait coutume de vous renseigner sur tous les nombreux points qui peuvent vous instruire.

C'est seulement après cette analyse que vous saurez, en connaissance de cause, dicter au patient un régime approprié à son état, et tout un règlement de vie. Demandez-lui alors l'engagement de se soumettre avec une régularité parfaite, d'une manière tout à fait méthodique aux moindres minuties de la cure dont vous vous réservez de modifier tel point qui ne lui conviendrait pas.

J'ai pris coutume de dire à mes malades : « Aucun organe n'est atteint, et vous n'avez absolument que des troubles fonctionnels : ce dont vous souffrez doit guérir. Nous ne changerons point le tempérament avec lequel vous êtes né, mais nous arriverons à supprimer tout ce qui est état de crise dans votre maladie. Vous concevez bien, n'est ce pas, que ce n'est pas avec une ordonnance que nous allons y parvenir. Vous allez me trouver tout à fait attentif à mener jusqu'à bonne fin l'œuvre que nous entreprenons; je serai toujours là pour vous porter secours. Mais si je dois travailler seul à votre guérison, et m'intéresser plus que vous à cette lutte pour en finir avec vos misères, j'y renonce avant de commencer; il faut que nous soyons au moins deux, vous et moi, sans compter votre entourage, pour en venir à bout. »

Il est rare qu'un névropathe ne soit pas convaincu par cette façon de le prendre, et que touché par l'évidente sincérité de l'homme qui lui parle, il ne s'abandonne pas à lui en pleine confiance.

Certes des incidents fâcheux, de grandes et de petites rechutes, viendront, plus d'une fois, mettre à l'épreuve la constance des deux collaborateurs ; mais

Digitized by Google

s'il s'agit d'un vrai neurasthénique, si le diagnostic de la cause a été bien posé, si l'entente s'est établie entre le malade et le médecin, il y a toutes chances pour que le traitement que nous avons précédemment décrit, redonne le sentiment de force, quelque joie de vivre, au malheureux qui les avait perdus.

Formulaire du Praticien

Traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique chez les enfants. — Ce traitement doit être prophylactique, pathogénique et symptomatique. Le traitement prophylactique est le même que celui de la tuberculose, c'est-à-dire qu'on soustraira les enfants en état de réceptivité du bacille de Koch à toutes les causes de contagion. Les coquelucheux, les rougeoleux, les enfants qui contractent facilement des bronchites sont les plus exposés à l'adénopathie, outre la prédisposition héréditaire qui existe chez quelques-uns d'entre eux. Ces enfants-là, s'ils sont débilités devront être tonifiés par la vie au grand air ou le séjour au bord de la mer et par une alimentation copieuse et bien réglée, et on leur évitera tout contact dangereux avec d'autres enfants ou des adultes tuberculeux.

Si l'adénopathie, néanmoins, est constituée, on essaiera de la faire diminuer ou tout au moins de l'empêcher d'augmenter. Pour cela deux moyens sont à notre disposition : les révulsifs et la médication générale. Les trois révulsifs de choix sont les badigeonnages de teinture d'iode, les vésicatoires volants, les pointes de feu appliquées dans la région interscapulo-thoracique. Comby prescrit des frictions avec une pommade résolutive :

Iodure de potassium	ãã 2 grammes
Etrait de ciguë	
Axonge benzoïnée	30 —

A l'intérieur, on administrera soit des médicaments regardés comme résolutifs tels que l'iodure de potassium :

Iodure de potassium	5 grammes
Eau distillée	100 —
Sirop d'écorces d'oranges	50 —

Une cuillerée à bouche le matin.

ou bien :

Iodure de potassium	10 grammes
Sirop de quinquina	200 —

Une cuillerée à café matin et soir (Comby).

soit des médicaments réputés contre la tuberculose ou la prédisposition à cette maladie, comme l'huile de foie de morue ,le tanin ;

Tanin	5 grammes
Eau de tilleul	ãã 50 —
Sirop de sucre	

Quatre cuillerées à bouche par jour.

ou enfin la créosote en lavements.

Cette médication doit être longtemps continuée et elle est la base de la thérapeutique, mais elle est insuffisante contre les accès coqueluchoïdes ou asthmatiformes que l'on devra activement traiter.

Dans ce cas, le bromure de potassium est indiqué :

Bromure de potassium	5 grammes
Eau distillée	100 —
Sirop d'écorces d'oranges	50 —

ou encore la belladone associée ou non à l'antipyrine :

Antipyrine	5 grammes
Eau de tilleul	50 —
Sirop de belladone	ãã 50 —
Sirop de capillaire	

Trois cuillerées à café ou à bouche par jour.

ou :

Teinture de belladone	V à XX gouttes, selon l'âge
— de ciguë	V à XX —
— aconit	I à X — —
Sirop de fleurs d'oranger	60 grammes

Par cuillerées à café dans la journée, en étant prudent dans l'administration des doses.

Les inhalations d'iodure d'éthyle ont également leurs partisans. La prescription sous forme d'ampoules est celle qui réunit le plus d'avantages. Weil (de Lyon) préconise aussi la pyridine en inhalation (4 ou 5 gr. dans une chambre pendant 20 à 30 minutes, 3 fois par jour ; ou la quinoléïne synthétique. Ce dernier liquide incolore, d'une odeur non aromatique, doit être mis à la dose de quelques gouttes dans de l'eau en ébullition, en répétant ces inhalations 2 à 3 fois par jour.

L'acide carbonique en inhalations ou en lavements gazeux peut également rendre des services.

Si les suffocations proviennent de crises de laryngisme, l'ipéca trouve son indication, car il apaise le spasme ; on fera des applications d'eau chaude sur le cou et la partie antérieure de la poitrine, et des inhalations d'éther et de chloroforme. Une saison à la Bourboule, à Challes ou Eaux-Bonnes est susceptible de produire une grande amélioration. Gueneau de Mussy conseillait les bains d'eau de mer, de Salies ou les bains suivants :

Sel marin	1000 grammes
Carbonate de soude	125 —
Iodure de sodium	20 —

Pour un bain.

S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le romarin sauvage. — Le romarin sauvage ou ledon des marais (*Ledum palustre*, *Rhodoracées*) constitue un arbuste toujours vert qui croît dans le nord de l'Europe et de l'Amérique et parfois aussi, dit-on, dans les Vosges.

On employait ses feuilles et ses rameux fleuris : ces rameaux velus, roussâtres, garnis de feuilles linéaires, repliées sur les bords, vertes au-dessus, cotonneuses et roussâtres en-dessous sont terminés par des ombelles sessiles de fleurs blanches : ces parties de la plante exhalent une odeur aromatique ; leur saveur est amère, styptique, camphrée.

Elles contiennent :

a) Un glucoside, l'éricoline, dédoublable en glucose et en éricinol, isomère du camphre, liquide bleu à odeur forte et quelque peu désagréable ;

b) Un tanin du groupe de l'acide cafétanique, l'acide leditanique ;

c) Une essence rougeâtre, à saveur brûlante, rappelant celle des feuilles, mélange d'ericinol, d'un carbure terpénique et d'une petite quantité d'acides acétique, butyrique, valérique.

La composition de l'essence de ledon offre des analogies avec celle de l'essence de houblon : elle permet d'expliquer les effets subnarcotiques observés par Linné, Hufeland, après l'emploi de cette plante à la deuxième période de la coqueluche.

Le romarin sauvage par son essence constitue un antispasmodique puissant ; ses propriétés toniques incontestables sont dues au tanin et à l'éricoline qu'il contient ; il possède en plus sur la valériane, le houblon, l'ase fetide, l'avantage d'une odeur assez agréable.

On peut l'utiliser :

a) A l'intérieur, dans toutes les affections spasmodiques, sous forme d'alcoolature, à la dose de 2 à 4 gr., ou d'infusion de 15 à 30 gr. pour 500 gr. d'eau.

Potion de romarin sauvage :

Feuilles de ledum	15 à 30 grammes
Eau bouillante	360 grammes

Faites infuser une heure, passez et ajoutez :

Sirop de sucre	20 grammes
Sirop de térébenthine	15 —

A prendre en 2 fois dans les 24 heures.

Potion calmante de Buttler :

Ipéca	0 gr. 25
Séné	4 grammes
Romarin sauvage	30 —
Eau bouillante	Q. S.

pour obtenir :

Infusion	120 grammes

à laquelle on ajoute :

Sucre	30 —
Liqueur ammoniacale anisée	4 —

A prendre par 1/2 cuillerée toutes les 2 heures dans la coqueluche.

b) A l'extérieur comme antispasmodique efficace, surtout contre la gale.

Pommade de Mitau réformée :

Feuilles de romarin sauvage	30 grammes
Baies de genièvre	30 —
Soufre	20 —
Axonge	200 —

F. s. a. — En frictions. A. B.

MÉDECINE

Le diabète pancréatique. — C'est en 1889 que von Méring et Minkowsky découvrirent que l'extirpation du pancréas, chez le chien, produit, outre des troubles digestifs résultant de la suppression du suc pancréatique (assimilation incomplète des graisses, des substances albuminoïdes et amylacées), tous les symptômes du diabète sucré : glycosurie intense, polyurie, polyphagie, amaigrissement et consomption graduels jusqu'à la mort. Depuis, les physiologistes ont reproduit, avec de nombreuses variantes, l'expérience fondamentale de von Méring et Minkowsky, dégageant ainsi peu à peu les conditions exactes dans lesquelles se produisait le diabète, éclairant du même coup d'un jour singulier les phénomènes qui surviennent au cours des affections pancréatiques. C'est l'histoire de ces conquêtes dans le domaine de la physiologie et de la pathologie pancréatique que Hédon expose d'une façon nette et concise dans un récent ouvrage (1).

Avant von Méring et Minkowsky, de nombreux expérimentateurs avaient pratiqué l'extirpation du pancréas ; mais aucun deux n'avait vu le diabète se produire. Certaines espèces animales se prêtent d'ailleurs seules à l'expérience, au détriment des autres : tels le chien, le chat, le porc, le singe. Chez les oiseaux et chez les animaux à sang froid, on n'obtient guère qu'un diabète partiel. Le diabète par suppression du pancréas n'apparaît que si l'extirpation de la glande est totale ; lorsque l'extir-

(1) Hédon, physiologie normale et pathologique du pancréas, Paris, 1901.

Digitized by Google

pation est incomplète, la glycosurie fait absolument défaut, si le fragment de glande épargné est suffisamment volumineux et bien nourri ; si ce fragment est trop petit ou mal nourri on n'observe qu'une glycosurie légère ou seulement une glycosurie alimentaire.

Après l'*extirpation totale* de l'organe, le sucre passe dans l'urine très rapidement, au bout de quelques heures en général ; sa quantité augmente progressivement, et atteint son maximum en trois ou quatre jours, s'élevant jusqu'à 8 ou 10 0/0 du poids de l'urine, très augmentée elle-même. On observe en même temps, et à un degré remarquable, tous les autres symptômes du diabète sucré : les animaux dépancréatés sont d'une voracité excessive et boivent énormément ; ils maigrissent très rapidement, au point d'être bientôt incapables de se tenir debout ; ils continuent à manger, jusqu'à ce que les progrès de la faiblesse musculaire aient rendu impossible la préhension et la mastication des aliments, et ils meurent alors de consomption. Outre le sucre, l'urine contient d'avantage d'urée et de sels qu'à l'état normal ; elle renferme fréquemment de l'acide oxybutyrique et de l'acétone. La mort survient en moyenne de vingt à trente jours après l'opération.

Après l'*extirpation partielle* du pancréas, la glycosurie fait absolument défaut, lorsqu'on laisse une portion de la glande, quelle que soit cette portion, représentant au moins un cinquième de la glande totale : au contraire, le diabète apparaît, avec tous ces caractères, immédiatement après l'ablation du fragment restant. On obtient des résultats absolument comparables à ceux de l'extirpation partielle, lorsqu'après avoir enlevé une portion de la glande, on libère la portion restante de ses connexions, en respectant le pédicule vasculo-nerveux, et qu'on fixe cette portion sous la peau de l'abdomen, le pédicule vasculaire passant entre les lèvres de l'incision abdominale.

La signification de toutes ces expériences n'est pas douteuse : c'est que le pancréas possède, outre la sécrétion externe qu'il déverse dans l'intestin, une autre fonction d'un rôle capital dans les échanges nutritifs ; cette fonction paraît s'exercer par l'intermédiaire d'une sécrétion interne, et les deux sortes de fonctions semblent, jusqu'à un certain point, indépendantes l'une de l'autre.

Cependant, un fait expérimental existe, qui paraîtrait au premier abord, devoir renverser cette thèse : lorsqu'on détruit le pancréas *in situ*, par une injection de corps gras dans ses canaux excréteurs, suivie de sclérose et d'atrophie de la glande, on ne provoque pas la glycosurie, ou seulement une glycosurie faible et transitoire ; par contre, les animaux en expérience présentent tous les autres symptômes du diabète ; on provoque donc un diabète insipide. Il faut admettre, pour expliquer ce fait paradoxal de l'absence de glycosurie dans ces cas, ou bien qu'il persiste un nombre de cellules suffisantes pour assurer la sécrétion interne de l'organe, ou bien qu'il s'établit des suppléances fonctionnelles en d'autres organes : c'est à cette dernière opinion, qui n'est d'ailleurs encore qu'une hypothèse, que se rallie Hédon.

Ces notions expérimentales sur le diabète pancréatique sont venues confirmer des observations cliniques antérieures. Sans parler d'un certain nombre de cas de diabète, dans lesquels on avait noté à l'autopsie des lésions du pancréas, mais sans y voir une relation de cause à effet, Lancereaux, en 1877, et son élève Lapierre, décrivirent et firent à part dans la nosologie ou diabète pancréatique, sous le nom de *diabète maigre*. Après la découverte du diabète pancréatique expérimental, les observations se multiplièrent, et les relations causales du diabète avec le pancréas sont définitivement admises aujourd'hui.

Cependant, il existe indubitablement des cas de diabète sans altérations du pancréas : il faut donc admettre que tous les diabètes ne sont pas d'origine pancréatique, tel par exemple le diabète phloridzinique ; mais on peut se demander si ces diabètes, sans lésions du pancréas, ne sont pas dus à un trouble de la fonction pancréatique par cause indirecte, par exemple par lésions nerveuses.

D'autre part, il existe des cas d'altération du pancréas sans diabète : tous sont explicables par une destruction incomplète de la glande, comme nous avons vu le fait se produire expérimentalement. Dans cette catégorie rentrent toutes les affections circonscrites à une partie de la glande (kystes, cancers). Les pancréatites, l'infiltration graisseuse ou carcinomateuse ne s'accompagnent presque jamais de diabète. C'est au contraire l'atrophie simple du pancréas qui représente la lésion vraiment spécifique du diabète pancréatique.

Quant à la pathogénie de ce diabète pancréatique, doublement prouvé par l'expérimentation et par la clinique, elle est encore fort obscure ; plusieurs théories ont été proposées ; la théorie à peu près universellement acceptée est celle de la sécrétion interne : mais le mode d'action de cette sécrétion interne est encore inconnu ; sa recherche a donné lieu à de nombreux travaux, dans la description desquels nous ne pouvons entrer ici, mais parmi lesquels il faut citer ceux de MM. Chauveau et Kaufmann, Arthus, Hédon. — Henry Bernard.

Digitized by Google

Des manifestations du rhumatisme articulaire aigu sur les voies respiratoires supérieures. — D'après Blumenau (Wratch 1901), c'est une manifestation rare. Il ne l'a constatée que chez 3 malades sur 20 atteintes de rhumatisme articulaire aigu et traitées à l'hôpital d'Oboudoff en 1899. Les 3 malades, avant l'apparition des douleurs articulaires, avaient de la fièvre, mal à la gorge et douleur à la déglutition. Chez l'une, les douleurs articulaires apparurent 4 jours après le mal de gorge, chez les deux autres 1 et 2 semaines après.

Blumenau pense que l'on observe rarement cette affection à l'hôpital parce que les malades y arrivent trop tard, en pleine attaque rhumatismale. En ville. il a recueilli 5 observations.

Dans la première, il s'agit d'un jeune médecin qui avait eu, 5 ans auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; il éprouva d'abord un frisson violent, sa température monta à 39° et il souffrit de la gorge. La paroi postérieure du voile du palais était très rouge, les amygdales étaient rouges, tuméfiées, sans aucun enduit. La douleur était si vive que le malade ne pouvait pas avaler sa salive. La voix était normale. A l'examen laryngoscopique, le pharynx était rouge, surtout au niveau des cordes vocales, le cou et la nuque étaient très douloureux au toucher. On le traita par le salicylate de soude, des badigeonnages avec du perchlorure de fer, des gargarismes au salol et l'application de compresses chaudes sur le cou. Malgré cela, les symptômes restèrent stationnaires pendant 8 jours, jusqu'à ce qu'un matin, le malade se réveilla en proie à de violentes douleurs au niveau des articulations des mains ; bientôt les autres articulations furent prises également. La guérison complète survint au bout d'un mois sous l'influence du salicylate de soude.

La deuxième observation est celle d'une petite fille âgée de 3 ans, qui fut prise subitement de mal de gorge avec une température de 37°7. Rougeur intense des parois latérales du pharynx, points blancs sur l'amygdale gauche. Douleur violente à la pression et à la déglutition à gauche. Le lendemain, l'enduit avait disparu, mais la douleur persistait encore 4-5 jours. Après la disparition des symptômes pharyngiens survinrent quelques douleurs au niveau des articulations des doigts, et on constata un souffle systolique à la pointe.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, chez qui on a observé les mêmes phénomènes que dans les deux premières observations, avec une température de 38°5. Cinq à six jours après, attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Blumenau insiste ensuite sur l'arthrite crico-arythénoïdienne primitive, localisation très rare du rhumatisme articulaire aigu, dont il cita un cas. Il s'agit d'un ingénieur âgé de 32 ans qui, à la suite d'un refroidissement et d'une conversation très animée, exposé à l'air froid, eut un frisson violent. douleurs dans la gorge et dans les articulations des deux genoux. En outre des symptômes décrits dans les observations précédentes, on constatait une douleur si vive au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne que la palpation ou les tentatives d'élocution provoquaient des larmes. La déglutition était impossible. La voix était rauque, par moment éteinte. L'examen laryngoscopique fut impossible à pratiquer à cause de la douleur que provoquaient les mouvements de la langue. 3 jours après, on fait cet examen après l'insensibilisation à la cocaïne et l'on constate de la rougeur et de la tuméfaction au niveau du cartilage crico-aryténoïdien gauche, ainsi que la congestion des cordes vocales. Au bout de 4 jours l'inflammation avait gagné l'articulation du crico-aryténoïde droit et diminué du côté gauche.

En général, cette affection se termine par la guérison complète. Il est important seulement de faire le diagnostic d'emblée et d'appliquer le traitement immédiatement. Dans les cas méconnus et, par conséquent, mal soignés, il peut se produire une ankylose qui est souvent prise pour une paralysie des cordes vocales, lorsqu'on n'a pas soin de faire l'examen laryngoscopique. — J. T.

MÉDECINE INFANTILE

L'emphysème sous-cutané chez les enfants. — L'emphysème généralisé du tissu cellulaire survient surtout à la période terminale des maladies de l'appareil respiratoire. Les causes déterminantes en sont la toux, la dyspnée, les efforts violents brusques ou répétés, les corps étrangers du conduit trachéo-bronchique. Dans les cas où un état morbide primitif ne peut être incriminé, Georgieff (*Thèse de Montpellier*, 1898) fait intervenir une faiblesse congénitale des cellules pulmonaires.

Le passage de l'air de l'arbre respiratoire dans les mailles du tissu cellulaire se fait à la faveur d'une rupture dont le siège varie, soit sur le conduit trachéo bronchique, soit sur le poumon, soit enfin sur les parois du tube digestif. Pour que ce passage s'effectue, il faut que la pression intra-pulmonaire soit supérieure à la résistance que l'air rencontre dans la distension des mailles du tissu conjonctif, condition favorisée chez l'enfant par l'étroitesse de la portion respiratoire de la glotte et les contractions spasmodiques des muscles respirateurs. Sa propagation se fait de proche en proche sur toute l'étendue du corps, car le tissu cellulaire ne forme qu'une seule nappe continue.

Digitized by Google

La crépitation neigeuse et le gonflement des téguments restés sains et pâles sont les signes pathognomoniques de l'emphysème.

Le traitement se résume dans les indications suivantes : 1° Soigner la maladie respiratoire et surtout modérer la toux, la dyspnée, les efforts; 2° Faire oblitérer par l'immobilisation les orifices qu'ont laissés après elles les déchirures pulmonaires; 3° Faciliter la résorption spontanée de l'air épanché dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané et intra-thoracique en faisant des frictions aromatiques, alcoolisées et en usant de tous les moyens qui activent la circulation périphérique; 4° Evacuer les gaz par des moyens chirurgicaux (ponction, incision).

Le pronostic dépend de la gravité de la maladie primitive. L'emphysème purement mécanique disparaît spontanément au bout d'un temps plus ou moins long. L'emphysème compliquant les affections respiratoires augmente considérablement la dyspnée et peut entraîner la mort par asphyxie dans les deux tiers des cas environ. — E. L. M.

CHIRURGIE

De l'asepsie des mains. — Peut-on s'aseptiser les mains ? Mikulicz ayant pratiqué 72 fois l'examen bactériologique des mains après lavage complet, remarque que dans les deux tiers des cas elles étaient infectées. Ceux qui font des opérations septiques conservent leurs mains infectées 12 fois sur 100 et le plus souvent par le staphylocoque doré. Mais il y a à cet égard des différences très sensibles d'épiderme, les uns se stérilisant infiniment mieux que les autres. Le savonnage est insuffisant, l'alcool à 90° donne les meilleurs résultats, il rend les mains aseptiques dans 78 0/0 des cas. L'infection se trouve accrue après lavage dans un antiseptique. Paul et Sarwey, de leur côté, ont remarqué que si, immédiatement après le lavage à l'alcool, la désinfection est relativement bonne, si on trempe ensuite les mains dans un bain d'eau stérilisée, les ensemencements deviennent presque toujours positifs.

Ces faits sembleraient prouver qu'il est impossible d'obtenir l'asepsie parfaite, bactériologique des mains. Telle n'est pas cependant l'opinion de M. Delbet (*Asepsie opératoire*), qui a démontré que l'asepsie était possible, et a pour cela institué des expériences très intéressantes que voici :

« Le samedi 12 mai, dit-il, on a versé dans un peu d'eau le contenu de 7 tubes de cultures récentes et abondantes. Ces cultures, faites à cette intention, étaient de staphylocoque blanc, de staphylocoque doré, de streptocoque et de bacille d'Eberth : ce sont les principaux microbes aérobies que nous avons à redouter chirurgicalement. J'ai brassé ce mélange avec mes deux mains pendant quatre minutes. Un tube témoin a été alors ensemencé et je n'ai pas besoin de vous dire qu'il a abondamment cultivé. Je me suis ensuite lavé les mains comme j'ai l'habitude de le faire pour pratiquer une opération et, lorsque je les ai jugées aseptiques, je les ai livrées à Widal et Ravaud. Ils m'ont d'abord fait tremper les doigts quelques instants dans 5 tubes de bouillon, tubes larges préparés à cet effet. Puis avec une forte aiguille de platine, ils m'ont gratté les sinus sous unguéaux, les sertissures des ongles en s'appliquant à détacher de petits fragments d'épiderme. Quatre tubes de gélose ont été ensemencés avec ces débris. Enfin, on m'a fait promener les doigts sur une plaque de Pétri tenue renversée pour éviter la contamination par les poussières de l'air. Le tout a été mis à l'étuve. Je vous l'ai dit, le tube témoin a abondamment cultivé. En 24 heures, il était couvert de colonies innombrables. Mais les 10 tubes ensemencés avec mes mains sont restés parfaitement stériles. Aucune colonie ne s'est développée sur aucun d'eux.

Cette expérience est démonstrative ; mais il restait la question des anaérobies dont les spores sont particulièrement résistantes. J'ai tenu à être également fixé sur ce point. Voici l'expérience qui a été instituée.

« M. Ravaud a inséré un fragment de terre sous la peau d'un cobaye. L'animal est mort en moins de 24 heures avec un énorme phlegmon diffus gangréneux qui lui avait décollé la peau de tout le tronc. Aussitôt la mort on a fait des ensemencements en gélose profonde avec le pus et le sang. Des colonies se sont développées avec une extrême rapidité et une extrême abondance, microbes aérobies à la surface, vibrion septique et autres microbes anaérobies dans la profondeur. Au bout de 24 heures, les anaérobies, par le développement de gaz, avaient fait éclater toutes les géloses. C'est alors, les cultures étant en pleine activité, qu'on a vidé le contenu de 4 tubes dans un peu d'eau. J'ai écrasé ces géloses entre mes doigts, je les ai brassées avec mes deux mains pendant dix minutes. Je ne conseille à personne de renouveler cette expérience. L'odeur que répandent les cultures est prodigieusement infecte, incroyablement nauséabonde et elles contiennent certainement des toxiques irritants, car elles produisent sur la peau une cuisson désagréable Après ces dix minutes, on a ensemencé un tube témoin, qui, le lendemain, était rempli de cultures. Puis je me suis lavé et on a recommencé la série des opérations dont je vous ai parlé. 4 tubes de gélose ont été ensemencés et 2 de bouillon. Tous sont restés stériles : il ne s'est développé ni microbe aérobie ni microbe anaérobie ».

L'asepsie des mains peut donc être absolue, mais persiste-t-elle au cours d'une intervention, en un mot, y a-t-il des microbes qui, enfoncés dans les profondeurs de la peau, réapparaissent à la surface et peuvent devenir une source d'infection, ce qui semblerait

Digitized by Google

se passer à la suite du lavage à l'alcool. Des recherches de Lauenstein, de Samter, de Gottstein qui ensemencèrent un fragment de peau préalablement désinfectée et prélevée au moment des interventions, il semble que la peau n'est stérile que dans un très petit nombre de cas. On arrive à stériliser la surface, mais pas la profondeur. Bumm est arrivé à peu près aux mêmes résultats. Mikulicz, même admettait que l'infection de la peau était moins redoutable pendant l'opération que les jours suivants, du fait des communications qui peuvent exister entre la peau et la plaie, notamment pour les points de suture. De fait, Gottstein a trouvé que la sérosité au niveau des points de suture cultivait très fréquemment. Ces faits semblent décourageants au sujet d'un possibilité d'asepsie parfaite ; mais M. Delbet a montré que les mains peuvent être conservées aseptiques pendant un temps assez long à condition qu'elles ne soient pas exposées à des contacts douteux, et ce temps suffira dans la majorité des cas pour permettre l'achèvement de l'opération. M. Delbet conclut donc en disant que les mains peuvent être rendues aseptiques même après les contacts les plus infectants, et elles peuvent être conservées telles durant le cours d'une intervention, et le danger de leur contamination ne provient pas des microbes qui pourraient être demeurés dans les canaux glandulaires, mais plutôt du coefficient microbien de la salle d'opération.

A se placer au point de vue pratique, voici comment M. Delbet conseille de procéder pour la désinfection des mains et du champ opératoire :

« Je n'emploie aucune drogue spéciale, aucune préparation miraculeuse. De l'eau chaude, du savon, de l'alcool et du sublimé me suffisent. Je dois cependant entrer dans quelques détails, afin que ceux qui voudront renouveler mes expériences puissent le faire.

« D'abord, il faut de l'eau très chaude. La chaleur a deux effets également importants. Elle fond les graisses et favorise leur émulsion, elle amène une certaine sudation qui nettoie mécaniquement les orifices glandulaires.

« Je me sers du savon ordinaire des hôpitaux. Mais voici un point qui me paraît important. Je crois qu'il est difficile de se bien laver dans une eau courante, et c'est ainsi qu'on se lave très souvent ; il y a même des services où la disposition des appareils ne permet pas de faire autrement. Dans une eau qui se renouvelle, on ne peut pas arriver à avoir une solution de savon assez concentrée pour dissoudre toutes les graisses de l'épiderme. Je me lave dans une faible quantité d'eau et j'y dissous autant de savon qu'il est possible de façon que la solution soit onctueuse et mousseuse. C'est là un précepte qui a été formulé, il y a longtemps, par M. Championnière.

« Je change l'eau une fois pendant le lavage que je prolonge au moins cinq minutes, habituellement davantage, en brossant énergiquement et de préférence les parties les plus difficiles à nettoyer, espaces sous-unguéaux, sertissure des ongles, commissures interdigitales, puis je me rince pour enlever le savon sous un courant d'eau chaude.

« Je recommence ensuite le brossage dans de l'alcool à 90 degrés. C'est un temps que je considère comme capital. Ce brossage à l'alcool décape l'épiderme ; si je puis ainsi parler, il vous dégante de tous les squames épidermiques qui ont pu être contaminées : il fait faire peau neuve et, si je devais donner une formule imagée des effets du lavage chirurgical des mains, je dirais qu'il doit faire une peau neuve pour chaque nouvelle opération.

« Vous me demanderez, Messieurs, pendant combien de temps je poursuis le brossage à l'alcool. Je ne puis vous répondre par des chiffres, car ce n'est pas sur le temps que je me règle.

« Voici quel est mon critérium. A côté du bassin d'alcool j'ai un bassin de liqueur de Van Swieten et j'y plonge les mains de temps en temps. Vous savez que quand on plonge ses mains dans une solution aqueuse et qu'on les retire, le liquide glisse ou se met à l'état sphéroïdal, sans mouiller la peau. Celle-ci est recouverte de matières grasses dont la forte tension superficielle la préserve du contact de l'eau. Au contraire, quand les matières grasses ont été dissoutes, quand l'épiderme est bien imbibé d'alcool, les solutions aqueuses entrent en contact avec la peau ; elles la mouillent.

« Je plonge donc de temps en temps mes mains dans la liqueur de Van Swieten, et je les observe en les retirant. Lorsque le sublimé ne glisse nulle part et mouille partout, je considère le lavage à l'alcool comme suffisant et je termine par une immersion d'une minute dans le sublimé. Avant de prendre le bistouri, je repasse mes mains dans l'alcool, qui me laisse une sensation plus agréable.

« Cest en procédant ainsi que je réussis à rendre mes mains aseptiques ».

D'autres chirurgiens, après s'être lavé les mains dans l'alcool, les passent en plus dans une solution de permanganate de potasse à 1 p. 100 et ensuite dans une solution de bisufilte à 18 p. 100 acidulée pour décolorer. Les uns emploient le sublimé, les autres l'acide phénique. Landerer obtient une stérilisation parfaite de la peau par la désinfection au formol. Ces différences dans la pratique n'ont qu'une importance relative. Ce qu'il faut, c'est que chaque chirurgien fasse vérifier par un bactériologiste expérimenté l'état de ses mains après qu'il s'est servi du mode de stérilisation qu'il veut adopter. Il y a de grandes différences entre les épidermes : il est fort possible que ce qui convient aux uns ne suffise pas pour les autres. La stérilisation des mains ne peut être, comme celle des compresses, soumises à des règles générales. C'est affaire personnelle, et chaque

Digitized by Google

chirurgien doit s'assurer expérimentalement que celle qu'il emploie est efficace pour lui.

Quant à la stérilisation des mains sans antiseptiques, les expériences précédemment citées montrent qu'elle est insuffisante. Si ce procédé simple a donné de bons résultats à ceux qui peuvent préserver leurs mains de toute souillure, il ne saurait suffire dans la pratique journalière de l'hôpital.

Tout ce que nous venons de dire s'applique également à la désinfection-du champ opératoire. Pour plus de sécurité, nous avons coutume de procéder de la manière suivante. La veille de l'opération, le soir, toute la région est rasée, brossée à l'eau de savon, à l'alcool et au sublimé, puis recouverte d'un pansement humide au sublimé qui reste en place jusqu'au moment de l'opération. La malade endormie, on enlève le pansement et on recommence le brossage à l'eau de savon, à l'alcool et au sublimé. Avant de prendre le bistouri, il faut s'assurer que le sublimé mouille toute la région. — S. R.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'injection intra-rachidienne de cocaïne en thérapeutique médicale. — M. Achard fait connaître les résultats qu'il a recueillis par cette méthode dans le traitement de phénomènes douloureux. La dose injectée dans la cavité arachnoïdienne a été de 1 centigr. Lorsque l'injection était faite en dehors des méninges dans le canal sacré, il employait la dose de 0 gr. 02.

Les accidents observés à la suite de l'injection intra-rachidienne de cocaïne ont consisté en vertiges, notamment chez des sujets âgés et athéromateux, en céphalalgies, vomissements, élévation passagère de température et quelquefois sueurs et diarrhée. Bon nombre de ces accidents seront évités en opérant les malades couchés et les laissant à la diète pendant quelques heures.

Les résultats des injections intra-rachidiennes, nuls dans quelques cas, ont, dans d'autres, soulagé la douleur, ou même l'ont fait disparaître complètement dans les affections les plus diverses, telles que sciatiques, crises tabétiques, coliques saturnines, zona douloureux, etc...

D'une manière générale, les injections intra méningées, faites dans le canal sacré, se sont montrées moins efficaces que les injections faites directement dans la cavité céphalo-rachidienne.

Ostéite déformante de Paget. — M. Galliard présente un homme, âgé de cinquante-six ans, dont la physionomie est tout à fait caractéristique. Il a un crâne énorme (64 centimètres de tour de tête) sans hyperostose de la face, une hyperostose des clavicules, des fémurs et du squelette des jambes. L'hyperostose intéresse surtout les diaphyses et respecte les épiphyses, de telle sorte que les jointures paraissent indemnes. Pas d'acromégalie.

Le squelette des membres inférieurs a subi une incurvation à convexité antéro externe. Ces membres représentent symétriquement deux grands arcs de cercle; quand les pieds se joignent, il y a entre les genoux un écartement de 14 centimètres.

Les os des avant-bras, surtout à gauche, sont plutôt courbés qu'hypertrophiés; les mains sont en pronation; les mouvements de supination demeurent fort restreints.

Un peu de cyphose avec raideur de la colonne vertébrale. Thorax aplati latéralement et bombé en avant; mouvements des côtes très limités.

Notons, en outre, le développement exagéré de tout le réseau veineux superficiel, l'œdème et les ulcères au niveau des jambes, l'induration des artères visible surtout au niveau des tempes, le rétrécissement mitral, l'hypertrophie du foie.

La cause de la maladie échappe. Rien de précis dans les antécédents héréditaires et personnels. Les déformations osseuses ont débuté aux avant-bras, il y a six ans seulement.

Note sur l'albuminurie intermittente. — M. Le Noir. — On sait que dans cette forme d'albuminurie, l'albumine existe seulement dans les urines de l'après-midi, et qu'elle fait défaut dans les urines rendues le matin au repos et à jeun.

Il résulte des documents réunis par M. Le Noir que toute classification des albuminuries intermittentes paraît aujourd'hui prématurée. S'agit-il d'albuminurie digestive, comme cela paraît probable pour certains cas, d'albuminurie cyclique des adolescents, d'albuminurie appartenant à la forme rénale d'ictère acholurique ?

Il est encore impossible de répondre à ces questions, mais l'on peut dire que, de par l'analyse clinique, il existe un type d'albuminurie intermittente apparaissant chez les sujets adolescents ou encore jeunes, à pression artérielle basse, et chez lesquels on ne peut mettre en évidence les signes ordinaires d'une altération des reins, que généralement l'évolution de cette forme d'albuminurie est bénigne.

Cependant on ne devra jamais négliger de tenir le plus grand compte de l'ensemble des symptômes observés ; malgré l'intermittence, et quelle que soit la cause provocatrice principale de l'apparition de l'albumine, ce n'est que par l'observation suffisamment prolongée que l'on pourra conclure à la bénignité ou à la gravité probable de l'affection.

Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic. — M. Merklen rapporte l'observation d'une femme de 68 ans, alcoolique, artério-scléreuse, atteinte d'œdème des membres inférieurs et d'ascite, survenus sous l'influence probable d'une cirrhose et de cardiopathie En 4 mois, elle fut ponctionnée 25 fois, et chaque évacuation était de 14 à 16 litres. La

Digitized by Google

malade avait une ancienne hernie ombilicale. Sous l'influence de la distension ascitique, l'anneau s'élargit, au point de devenir un véritable diverticule de l'épanchement abdominal. Peu à peu la peau de l'ombilic s'amincit, une petite croûtelle apparut au sommet. Malgré toutes les précautions prises, cette eschare finit par se détacher, laissant à sa place un trajet fistuleux de la largeur d'un méat urinaire à parois suppurantes. L'écoulement se fit aussitôt, la malade s'étant assise sur une chaise, vida son ascite en deux heures environ. Dès le lendemain, survinrent des douleurs de ventre, de la fièvre, des vomissements, en un mot, tous les signes d'une péritonite par infection, à laquelle cette femme succomba sept jours après la rupture.

Cet accident est assez rare pour que beaucoup de médecins en ignorent la possibilité; il méritait d'être rapporté à ce titre.

M. Béclère. — L'examen radiographique de ce malade montre une altération généralisée du système artériel et certaines lésions intéressantes du squelette.

Les principales artères des membres inférieurs, l'arcade palmaire profonde sont notablement augmentées de volume flexueuses, comme annelées, chargées d'incrustations calcaires qui les rendent apparentes.

Les os longs sont augmentés de volume, déformés et comme boursouflés dans toute la longueur de la diaphyse, tandis que les extrémités articulaires sont relativement à peine altérées. Le tissu osseux, chargé de sels calcaires, est devenu imperméable aux rayons de Rœntgen. Les mêmes lésions se montrent sur quelques-uns des métacarpiens et des phalanges.

De l'ensemble de ces constatations, il semble que les lésions osseuses de la maladie de Paget frappent les divers segments du squelette individuellement, et qu'elles soient consécutives à l'incrustation calcaire des artères nourricières des os.

Pouls lent permanent, crises apoplectiformes, épileptiformes et syncopales. — M. Marcel Labbé présente une femme de 57 ans, atteinte de pouls lent permanent, et de crises nerveuses, tantôt apoplectiformes, tantôt lipothymiques. Il existe de plus de la cyanose des lèvres, un souffle systolique dans le 3e espace intercostal gauche, que l'on peut interpréter dans le sens d'une lésion mitrale ou d'une lésion interventriculaire.

Les crises nerveuses présentées par cette malade, le pouls lent permanent constituent un syndrome bulbaire dont l'origine réside sans doute dans les malformations probables du cœur.

Autres communications. — M. P. Gallois communique une observation de gommes nodulaires multiples de la main.

M. Lermoyez présente un malade atteint de paralysie associée de la branche interne et de la branche externe du spinal droit.

MM. Jacquet et Trémolières présentent un malade atteint de maladie d'Addison fruste.

M. Simonin rapporte un cas de méningite cérébro-spinale avec présence dans le pus céphalo-rachidien d'un diplo-bacille liquéfiant mobile.

M. Manquat communique un cas de spléno-pneumonie grippale, limitée au lobe supérieur du poumon gauche.

M. Rathery communique un cas d'hémorrhagie intestinale mortelle dans le cours d'une pneumonie, par ulcérations multiples du colon *(19 juillet)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la ponction lombaire dans les fractures du crâne. — M. Tuffier. Dans les cas de traumatisme du crâne, de diagnostic difficile, la ponction lombaire peut nous donner des renseignements non seulement sur l'existence d'un épanchement sanguin sous arachnoïdien et par conséquent sur l'existence d'une fracture, mais encore sur la quantité de cet épanchement et de là sur l'étendue des lésions qui lui ont donné naissance.

L'intensité de la coloration rose chair du liquide recueilli est en rapport avec l'intensité de l'hémorrhagie méningée ; s'il n'existe pas de fracture, il n'y a pas d'hémorrhagie intra-méningée et le liquide céphalo-rachidien sort clair.

Il importe de ne pas faire de ponction trop précoce, car, étant donné le peu d'importance des hémorrhagies intra-méningées dans les fractures du crâne, il peut se faire que le liquide céphalo-rachidien lombaire ne soit teinté que tardivement, ainsi qu'il arrive pour l'ecchymose sous-conjonctivale.

Il est nécessaire de recueillir dans trois tubes successifs le liquide obtenu par la ponction pour éviter toute erreur causée par la piqûre de l'aiguille pénétrant sur son trajet dans une veine quelconque.

Enfin, il est possible que ces ponctions aient une valeur thérapeutique, en décomprimant les centres nerveux par la soustraction d'une partie du liquide épanché.

Sur les néoplasmes par irritation. — M. Potherat. L'observation de M. Delbet montre qu'une tumeur fibreuse à extension progressive, à évolution en quelque sorte maligne et fort difficile à enlever, peut se développer dans l'abdomen à la suite d'un processus irritatif, autour d'un calcul sorti des voies biliaires, M. Potherat a observé un fait analogue chez un vieillard de 70 ans, chez lequel une tumeur ayant tous les caractères d'un carcinome du colon descendant, s'était développée dans le flanc gauche. Seuls manquaient les faux besoins de garderobe et les glaires sanguinolentes. Sur la demande du malade, il fit une intervention qui, dans son idée, devait le conduire soit à une résection intestinale, soit à un anus contre nature, soit même à une simple exploration. Grande fut sa surprise de trouver adhérant aux courbes profondes de la paroi abdominale une tumeur dure, de consistance fibreuse, sans limites précises, par conséquent impossible à énucléer. Après avoir traversé deux centimètres d'un tissu ligneux, criant sous le bistouri, il tomba dans une petite cavité, remplie d'un liquide jaune clair, un peu visqueux. De toutes parts, cette cavité était limitée par le même tissu dense, fibroïde. Craignant finalement de blesser l'intestin qu'il supposait compris dans la tumeur, il découvrit large-

Digitized by Google

ment cette cavité et la suture à la paroi abdominale après l'avoir bourrée de gaze iodoformée. Les suites furent des plus simples. Au bout de quelques semaines, sans sécrétion abondante, la masse indurée disparaissait par régression, et la guérison survenait complète, définitive.

Il ne s'agissait là que d'une tumeur inflammatoire déterminée par la présence d'un corps irritant. L'agent d'irritation inflammatoire fut ici le liquide d'une injection organique de Brown-Séquard, que le malade s'était faite lui-même.

Placement latéral de l'intestin grêle sans autre signe que l'irréductibilité — M. Schwartz (voir page 448). — (17 *juillet*).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de thérapeutique médicale, publié sous la direction de MM. Debove, professeur à la Faculté, et Ch. Achard, professeur agrégé à la Faculté. — Tomes I et II, chez Rueff, éditeur.

Ce traité a un double but, suppléer aux traités de pathologie où la thérapeutique est d'ordinaire passée sous silence ou très écourtée, et ne faire que de la thérapeutique, c'est-à-dire éliminer tout ce qui est théorie ou description, même résumé de symptomatologie.

Le tome Ier comprend la thérapeutique des maladies des fosses nasales et du larynx, par M. Boulay, les maladies de la trachée, des bronches du poumon, par Hudelo, Enriquez, Bezançon, Bouloche, Bruhl, les maladies des plèvres par Sergent, du médiastin par Hulot, du cœur par Boix, de l'aorte par de Massary, du sang par Bensaude.

Le second volume traite des méninges par Romme, des maladies de l'encéphale et de la moëlle par Londe, Roubinowitch, Sainton, Plicque, des névroses par Roubinowitch, Sainton, Dufour. Puis viennent les maladies de la bouche et du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac par Soupault, du péritoine, de la rate, du foie, par Léopold Lévi et Louis Fournier.

Malgré cette nombreuse collaboration, le livre a conservé une idendité de plan et de vues qui fait le plus grand honneur aux directeurs de la publication. Certains chapitres sont très clairement et très suffisamment traités, d'autres sont un peu écourtés. Les formules sont choisies avec soin et nous ne pouvons qu'adresser nos félicitations à tous les collaborateurs de ce traité.

Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes, par le Dr Louis Dartigues, ancien interne des hôpitaux. 1 volume de 400 pages avec 55 fig., préface de P. Segond, chez Maloine, éditeur.

L'ouvrage que nous présentons au public médical est une étude des plus complètes, la seule d'ailleurs que nous possédons actuellement, sur l'état de la chirurgie conservatrice dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. L'auteur, élève de Segond, était bien placé pour traiter cette intéressante question, mais, tout en s'inspirant des idées du maître, il a su faire œuvre personnelle et originale.

Dans la première partie, Dartigues étudie les méthodes qui s'adressent indirectement aux fibromes en conservant l'appareil utéro-annexiel (méthodes atrophiantes par voie abdominale ou vaginale) ; la deuxième partie est consacrée aux méthodes qui s'adressent directement aux fibromes par la voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes ; dans la troisième partie, la plus importante, sont étudiées les opérations s'adressant directement aux fibromes par la voie vaginale : un long chapitre est consacré à l'énucléation vaginale par hystérotomie cervico-vaginale (procédé de Segond) ; enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur traite des opérations conservatrices dans le traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la puerpéralité.

Chaque opération est l'objet de trois chapitres : l'historique détaillé, la technique opératoire, les indications et les contre-indications ; un grand nombre d'observations des plus intéressantes accompagnées de dessins originaux, terminent cet excellent travail qui fait le plus grand honneur à son auteur. Nous sommes persuadés du succès de ce livre, car tous ceux qu'intéresse la gynécologie le liront avec intérêt et avec fruit. — H. Milhiet.

Formulaire de thérapeutique infantile et de posologie, par le Dr Fouineau. Introduction par le professeur Hutinel. — 1 vol. cartonné 3 fr., chez J.-B. Baillière, éditeur.

Le massage thérapeutique de l'abdomen, sa technique, ses indications, par le Dr Salignat. 1 vol. chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

VARIÉTÉ

Le succès grandissant de jour en jour obtenu par l'Aliment complet de Maxime Groult fils aîné, montre qu'il répondait à une nécessité, et que sa composition a été ingénieusement fixée. Un nouveau fait en est la preuve : En effet, à l'unanimité le jury de la classe d'hygiène à l'Exposition de l'enfance qui vient d'avoir lieu à Paris, présidée par l'éminent docteur Blache, membre de l'Académie de médecine, a décerné le Grand Prix à cet excellent produit.

Il faut reconnaître, que ce produit tout à fait remarquable est réellement supérieur, tant par ses qualités et sa préparation que par les immenses services qu'il est appelé à rendre. Nous savons aussi que dans tous les cas où l'Aliment complet de Maxime Groult fils aîné a été ordonné : chez les enfants au moment du sevrage, chez les convalescents et les surmenés ; dans l'albuminurie, les maladies du tube digestif, etc... les avantages reconnus ont été assez probants pour reconnaître à ce produit des qualités à hauteur de sa réputation déjà universelle. D'ailleurs, l'analyse faite par M. le professeur Gautier, membre de l'Institut, déclarant l'Aliment complet 7 fois plus riche que le lait, 3 fois plus que le pain et 2 fois plus que la viande fraîche en principes albuminoïdes essentiellement nutritifs, tous d'origine végétale, de même que les intéressants travaux du professeur Liebreich, de Berlin, ont montré que cet aliment possède une valeur qu'il n'est plus possible de discuter.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 264, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des phlébites (1)

Par Edg. Hirtz
Médecin de l'Hôpital Laënnec

S'il prenait fantaisie à l'un des auditeurs qui me font l'honneur de m'écouter, de lire dans le *Compendium de médecine* ce traité si justement estimé, l'article « Phlébite », il serait bien étonné du chemin parcouru depuis cette époque relativement rapprochée jusqu'à nos jours.

Les auteurs consacrent à l'étiologie de la phlébite un chapitre assez long qui aboutit à cette conclusion: La cause la plus fréquente de la phlegmatia chez les nouvelles accouchées est le refroidissement. Aussi recommandent ils de fermer avec soin les fenêtres dans la chambre de l'accouchée, d'éviter de la découvrir pendant la parturition, condition aussi malaisée à réaliser pour la parturition que pour la conception.

Aujourd'hui, la notion de l'*infection* doit dominer toute la pathologie veineuse — aussi bien pour la phlébite puerpérale que pour toutes les autres, l'agent infectieux se retrouve soit comme agent spécifique, soit comme agent secondaire.

Je n'ai pas l'intention de vous entraîner, Messieurs, dans le domaine de la pathogénie. Je ne fais que l'indiquer à votre attention. Je me réserve une tâche plus modeste, celle d'ébaucher le traitement des phlébites sans abuser du temps qu'a bien voulu me laisser mon excellent ami le Dr Huchard en m'agréant parmi les solistes de son orchestre.

Toutes les phlébites comportent, Messieurs, un traitement général et local qui leur est commun, qui n'a guère varié depuis bien des années et qui ne changera pas de longtemps, à moins que la bactériologie ne nous fournisse un jour des sérums prophylactiques avec une sûreté qui lui échappe encore.

Dans la période de début une première indication s'impose, c'est l'*immobilisation*, précaution inspirée par la crainte salutaire de l'embolie. On se sert à cet effet de la vieille gouttière en fil de fer de Mayor coudée pour le membre supérieur, rectiligne pour les membres inférieurs. Dans les phlébites doubles il n'y a rien de mieux que la gouttière de Bonnet.

On matelasse la gouttière d'ouate et d'un taffetas pour permettre les applications humides. L'immobilisation relative par une gouttière unique sera complétée, lorsque la situation de fortune du malade le permettra, par l'adjonction d'*un lit mécanique* destiné à éviter au patient toute secousse, et à faciliter les lavages et soins de propreté.

(1) Conférence faite à l'amphithéâtre Laënnec (consultations et conférences cliniques du Dr Huchard.

La durée de l'immobilisation est très variable ; le chiffre fatidique de 6 semaines sera parfois dépassé. Trousseau cite un cas d'embolie mortelle après une immobilisation de près de trois mois.

Comme topiques locaux, rejetez, d'une manière générale, les pommades iodurées, les onguents mercuriels. Tout au plus, prescrivez une pommade largement morphinée lorsque la douleur, comme dans dans certaines formes de phlébites, à type névralgique, empêchera les malades de dormir.

Les applications humides ont été recommandées depuis de longues années. Reichenau propose de les glacer comme moyen sédatif.

Nous avons recours à des compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, à l'eau sédative coupée au 1/3, — et si la peau n'est pas tout à fait intacte à l'eau blanche.

Pendant la période d'état, au bout de trois semaines, je suis d'avis qu'on peut, avec avantage, sortir le membre malade, sans secousse, de la gouttière, l'entourer d'une forte couche d'ouate et pratiquer la *compression* élastique au moyen de bandes de Velpeau. La compression aura pour effet de faire disparaître plus rapidement l'œdème.

Je ne m'arrêterai qu'en passant aux fameux médicaments dits spécifiques, tant vantés, et plus spécialement à l'*hamamelis virginica*. On peut l'employer sans inconvénient, mais aussi sans avantage bien démontré, tout au moins pendant la période aiguë.

On le prescrira sous forme d'*extrait sec* à la dose de 0,10 par jour.

La teinture se donnera à la dose de 10 gouttes — 3 ou 4 fois par jour.

Dujardin-Beaumetz prescrivait la potion suivante :

Extrait fluide d'Hamamelis.....	ãã 50 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	
Teinture de vanille.....	XX gouttes.

A prendre par cuillerée dans la journée.

Dans la période terminale la puissante action de la *massothérapie* a été mise en évidence par Ludwig et ses élèves, par van Mosengeil, par Anders Wirde, directeur de l'Institut orthopédique de Stockholm.

Je recommande, comme ce dernier, le parti de la prudence pour le choix du moment où le massage devra être pratiqué.

Nous nous élevons contre l'opinion des médecins qui vantent le massage précoce. Nous connaissons plusieurs faits d'embolie à la suite d'intervention intempestive. Le massage ne sera pratiqué que sur les zones situées en dehors de la zone phlébitique, en allant progressivement par pressions douces et continues. On le réservera aux seuls cas de phlébite où le membre atteint restera tuméfié, où les tissus se maintien-

Digitized by Google

dront œdématiés et épaissis, et dans les cas de défor mation en équin par pied-bot phlébitique et surtout aux troubles trophiques musculaires.

On ajoutera au massage *les mouvements passifs*, très recommandés par l'école suédoise. Après chaque séance, Jaeger conseille d'appliquer autour du membre une bande élastique légèrement serrée et d'en continuer l'usage pendant quelque temps après la guérison.

Je ne vous parlerai que pour mémoire des tentatives audacieuses du morcellement du caillot dès le début de la phlébite. C'est de la haute école que je ne vous engage pas à essayer.

Dans la période de convalescence. — C'est surtout au traitement hydrominéral que vous devrez vous adresser ; c'est à ce moment qu'elle devient une méthode de choix. Les bains salés, à domicile, chargés de 4 à 5 kilogrammes de gros sel gris rendent de réels services et hâtent la résolution de certains œdèmes tenaces persistant pendant des semaines et des mois après la guérison apparente de la phlébite. Ils activent la nutrition des membres, réveillent la tonicité musculaire et diminuent, s'ils sont longtemps continués, les chances de récidives.

Leur durée sera de 20 à 40 minutes, leur fréquence de 3 à 4 par semaine. A la sortie du bain, il sera sévèrement interdit de marcher ; on prescrira le decubitus horizontal pendant une demi-heure au moins.

J'en arrive à une question importante, celle du choix d'une station balnéaire.

Parmi les stations qui revendiquent à bon droit, la spécialisation du traitement des phlébites, il n'est que juste de citer à la place d'honneur, Bagnoles de l'Orne, dont l'action a été étudiée pour la première fois par Joubert et, plus tard, mise en évidence par plusieurs médecins distingués de cette station. Ce n'est pas à sa riche minéralisation qu'on peut attribuer les remarquables résultats qu'on enregistre tous les ans, puisque les eaux contiennent environ 0,06 de chlorure de sodium par litre, alors que Nauheim, par exemple, en indique 9 gr. 520 par litre.

A côté de Bagnoles qui ne doit pas revendiquer le monopole des phlébites, je signalerai les bons effets de Brides-les-Bains, plus spécialement dans les inflammations veineuses d'origine arthritique, de Plombières, de Bourbonne-les-Bains, et enfin des boues thermales de Dax dans certaines formes chroniques de phlébites variqueuses.

Les boues sulfureuses réveillent la vitalité, stimulent l'irrigation des tissus et activent la nutrition du membre.

Messieurs, en posant les indications de la phlébite en général, j'ai, par le fait, étudié le traitement des diverses variétés de phlébites, car leur thérapeutique ne comporte guère d'autres indications que celles qui relèvent de la maladie qui a engendré l'infection des tissus.

Il est peut-être réservé à la sérothérapie d'enrichir dans l'avenir l'arsenal un peu pauvre que nous opposons à l'inflammation veineuse.

Ni la fièvre typhoïde, ni l'impaludisme, ni la grippe, ni l'érysipèle n'impriment un cachet particulier à la phlébite qu'elles engendrent.

Je ne ferai d'exception que pour la phlébite d'origine blennorrhagique, et la phlébite syphilitique.

Dans la première signalée par Martel, par Perrin, étudiée récemment par Gouget, il est démontré que la guérison peut se faire parfois en 8 jours — le plus souvent elle évolue entre 3 semaines et 2 mois — les rechutes ne sont pas rares.

Dans plusieurs cas que j'ai observés, j'ai obtenu un bon résultat par l'application de la pommade suivante :

Ichtyol.....	10 grammes.
Lanoline.....	à à 50 grammes.
Vaseline.....	

Je ne réserve l'emploi du fameux onguent napolitain dont on barbouillait tous les membres phlébités, qu'à la phlébite syphilitique seule. A la période secondaire elle a été signalée par Langenbeck, Lancereaux, Lang, Maurice Mendel — elle est heureusement influencée par le traitement mercuriel. Dans les phlébites tertiaires c'est à l'iodure et à doses massives qu'il faut avoir recours.

La phlébite chlorotique, n'est, à mon avis, qu'une phlébite prétuberculeuse, suivant un mémoire que j'ai publié il y a plusieurs années.

Elle est plutôt justiciable dans sa période de convalescence de la balnéothérapie saline comme Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins, etc. Elle comporte le traitement de la tuberculose, cure d'air et suralimentation.

Je ne vous dirai, Messieurs, que deux mots pour terminer, des indications un peu particulières touchant certaines *phlébites constitutionnelles* : la phlébite goutteuse, et rhumatismale.

On ne peut guère espérer la rétrocession d'une phlébite constituée, surtout d'une phlébite totale avec obstruction. Mais lorsque l'absence d'œdème, d'impotence fonctionnelle du membre atteint, de fluxion collatérale, nous fait songer qu'il s'agit de péri-phlébite, il n'est pas téméraire d'espérer que les médicaments dits abortifs de l'accès de goutte, puissent enrayer dans une large mesure, la phlébite ou mieux la périphlébite goutteuse.

Aussi bien sera-t-il légitime de recourir aux préparations de colchique, par exemple aux pilules suivantes :

Digitized by Google

Poudre de sem. de colchique ..... 1 gr.
Sirop de guimauve..... 3 gr.
Extrait de digitale ..... 0 gr. 40
Pour 20 pilules. — 1 par jour

ou bien encore on prescrira, à la dose de 2 à 3 cuillerées à café, le matin à jeun, la liqueur de Laville.

En face d'un accident aussi grave, que la phlébite goutteuse qui s'embolise facilement, les moyens prophylactiques énergiques devront être opposés à cette complication qui récidive aisément.

Une hygiène sévère sera imposée au malade; on lui recommandera les diverses stations utiles contre la diathèse qui l'a engendrée, telles que Vichy, Pougues, Contrexéville, Evian, etc.

La *phlébite rhumatismale*, elle aussi, prête à des considérations particulières. Elle se manifeste souvent sous forme de *périphlébite*, et bien qu'il ne soit pas toujours facile d'affirmer s'il y a thrombose ou non, elle autorise une sévérité moins grande que celle qui régit les autres variétés de phlébites. Lorsqu'on aura bien étudié son malade, qu'on se sera convaincu, à la suite d'atteintes successives, qu'il ne s'agit pas de phlébite totale mais de périphlébite, il deviendra inutile de prescrire l'immobilité absolue pendant des semaines et des mois, comme nous l'avons vu faire bien souvent.

J'ai longuement étudié cette variété de phlébite, dans l'article du traité de thérapeutique de Robin.

J'ai dit que le salicylate de soude, le salophène, le salol échouaient.

L'antipyrine, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, m'a paru donner d'excellents résultats, tant au point de vue de la sédation de la douleur, qu'à celui de la rétrocession plus rapide de l'inflammation veineuse. Les alcalins ne seront prescrits qu'à titre prophylactique.

Le régime sera celui que M. Huchard a si magistralement exposé dans le traitement de l'artériosclérose.

Le traitement *de la phlébite variqueuse* sera, à peu de chose près, le même que celui que nous avons étudié au début de cette leçon, immobilisation, compresses résolutives d'eau blanche. Je ne mentionnerai qu'une indication plutôt chirurgicale que médicale. L'extirpation de gros paquets variqueux s'impose lorsque les veines s'infectent et s'enflamment facilement. Dans un cas, Reynier mit fin à une véritable succession d'embolies, en supprimant le nid d'embolies par l'extirpation de la veine malade.

Le rôle du médecin doit consister à prévenir les récidives. Il prescrira au malade les soins de propreté les plus minutieux, et l'antisepsie sans relâche. La moindre érosion de la peau chez les variqueux peut être la porte d'entrée d'agents pathogènes.

Tout membre variqueux doit être maintenu, soit par une bande souple de Velpeau, soit, mieux encore, par un bas élastique souple qu'on renouvellera fréquemment.

Certaines familles, et je finis par là, sont plus spécialement vouées aux infections veineuses, familles d'arthritiques, dans lesquelles on compte des désastres engendrés par des phlébites survenant à l'occasion de maladies infectieuses, et fréquemment à la suite d'accouchements.

Je publierai prochainement une étude sur ce sujet. Le médecin doit veiller avec sollicitude sur ces familles où l'hérédité veineuse sévit, et imposer les mesures prophylactiques non seulement aux sujets mais encore à leur descendance, et empêcher que pour eux ne se réalise le proverbe populaire si judicieux :

Qui voit ses veines, voit ses peines.

CLINIQUE MÉDICALE

Du rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire

par Antonin Poncet
Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon

La tuberculose peut donner lieu à des manifestations articulaires très différentes les unes des autres et très variables, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique. Elle peut revêtir, ainsi que nous l'avons montré déjà, une allure telle que la confusion persiste avec les lésions dites rhumatismales, si l'on ne songe pas à la relation de cause à effet entre elles et l'infection bacillaire. Cette relation s'est imposée à notre observation, et nous avons cherché à établir qu'il existe un rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire au même titre que d'autres pseudo-rhumatismes infectieux devenus depuis longtemps déjà classiques : rhumatismes de la blennorragie, de l'état puerpéral, de la scarlatine, etc., etc.

Il nous a été donné, en effet, maintes fois, de rencontrer chez des tuberculeux des accidents articulaires allant depuis la simple arthralgie fugace, intermittente, bien décrite par Weill, jusqu'à l'arthrite noueuse déformante, en passant par toutes les étapes intermédiaires : arthrite aiguë, subaiguë, arthrite sèche, séreuse, riziforme, etc., et dans une intéressante étude sur le rhumatisme tuberculeux, MM. Bérard et Mailland ont apporté à l'appui de cette manière de voir des observations concluantes.

Nous sommes loin de l'époque, cependant encore rapprochée, où, avec Bonnet, Nélaton, etc., la granulation miliaire, mais surtout la fongosité, l'abcès froid avec son pus, parfois d'aspect assez particulier,

Digitized by Google

étaient considérés comme les éléments indispensables, caractéristiques de lésions spéciales : carie osseuse, tumeur blanche, qui devaient plus tard être reconnues comme appartenant à une seule cause et à seule maladie : la tuberculose.

On sait l'évolution profonde des idées depuis les grandes découvertes de ces trente dernières années sur la nature des altérations tuberculeuses, sur leur bacille pathogène et sur les caractères des lésions qu'il engendre. Il n'en est pas moins vrai que, tout en reconnaissant la nature éminemment infectieuse de cette maladie, on a continué généralement, malgré les belles recherches de Koning, d'Ollier, de Lannelongue, de Socin, de M. Pollosson, etc., à ne l'envisager dans les articulations que dans ses formes graves.

Par un défaut d'assimilation avec d'autres maladies infectieuses, on l'a tenue en dehors de cette loi de pathologie générale, formulée par le professeur Bouchard, dès 1883, dans la thèse de Bourcy : *Rhumatisme infectieux* (Thèse de Paris, 1883), à savoir *que toutes les maladies infectieuses peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme, avec lequel elles se confondent cliniquement et relevant de l'infection générale de l'économie, que cette affection soit la maladie première, ou une affection surajoutée.*

Nulle part, l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'avait été nettement formulée, et peut-être faut-il chercher la cause de cet ostracisme vis-à-vis des tuberculoses articulaires atténuées, présentant, encore une fois, la symptomatologie des manifestations rhumatismales, dans cette opinion régnante encore, et fondée par certains côtés, qu'il existe un antagonisme entre la tuberculose et le rhumatisme.

Cette question de mots : incompatibilité de la diathèse rhumatismale et de la diathèse tuberculeuse », pour me servir d'un langage déjà lointain, a dû nuire à la conception du rhumatisme tuberculeux.

J'ai, dans ces derniers mois, observé à ma clinique divers malades chez lesquels le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ne laissait pas de doute. L'histoire de trois d'entre eux est topique, et je suis persuadé que l'attention étant appelée sur le pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, il sera facile de rencontrer des faits de même ordre.

Voici une première observation dans laquelle un homme de quarante-quatre ans, exerçant la profession pénible de manœuvre, sans antécédents héréditaires ni personnels, présente, à l'âge de quarante ans, une épididymite chronique suppurée, dont témoigne une cicatrice en cul-de-poule adhérente au testicule.

Un an après, il y a trois ans, bronchite et pleurésie gauche. L'année dernière, au mois d'août, apparition du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement, diagnostiquées : rhumatisme articulaire aigu. Ces accidents inflammatoires disparaissent huit à dix jours après, pour se localiser à la région lombaire et à la hanche droite. Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril dernier, on constate une coxo-tuberculose à forme plastique et un mal de Pott lombaire avec un gros abcès ossifluent dans la fosse iliaque du même côté.

La seconde malade est une femme de 45 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire ancienne. Subitement, sans cause connue, elle présente des arthrites aiguës multiples, qui disparaissent bientôt pour donner lieu et place à une ostéo-arthrite fongueuse suppurante de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du médius droit. La désarticulation du doigt est pratiquée, et les inoculations faites aux cobayes avec les produits pathologiques de cette articulation sont positives. Il existe, en outre, chez cette malade, des craquements dans les articulations autrefois frappées, une arthrite subaiguë de l'articulation tibio-tarsienne droite, et comme si elle devait présenter, en quelque sorte à plaisir, toute la gamme de lésions que l'on peut volontiers qualifier de rhumatismales, on constate une ankylose complète, en flexion presque totale, de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du petit doigt correspondant.

Ici encore, il ne nous paraît point hypothétique de croire à un seul et même agent pathogène, donnant naissance, comme on le voit dans d'autres maladies infectieuses, à des réactions différentes des tissus qu'il est du reste facile d'expliquer.

L'observation III mérite de nous arrêter plus longtemps. Elle offre cette particularité importante, que le sujet atteint de rhumatisme tuberculeux est mort à l'hôpital, que son autopsie a permis d'en étudier les diverses lésions, et qu'elle a fourni également matière à des inoculations aux cobayes, inoculations qui ont été positives.

Cette dernière malade est une femme de soixante-trois ans, qui, entrée dans mon service le 9 mars dernier, y mourait neuf jours après. Elle présentait aux deux sommets des signes de tuberculose avancée. Elle était atteinte d'une ostéo-arthrite fongueuse supppurée du cou-de-pied droit, et, dans la plupart des autres articulations des membres, on constatait un reliquat d'accidents inflammatoires anciens. C'est en octobre 1899 que, dans un premier séjour à l'Hôtel Dieu, pour une toux constante s'étant accompagnée d'hémoptysies, elle fut prise de douleurs articulaires multiples sans gonflement ; puis, au mois de juin 1900, elle eut des douleurs, de la tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui devait devenir fongueuse et suppurée. En même temps, signes

Digitized by Google

d'arthrites dans les articulations des doigts, celles du pouce restant depuis lors déformées, avec subluxation métacarpo-phalangienne.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, on note des craquements, de l'empâtement, de la douleur du côté des diverses articulations primitivement atteintes. L'état général est des plus mauvais et la malade meurt emportée par sa bacillose viscérale.

L'autopsie révèle toute une série de lésions articulaires plus ou moins atténuées et d'autres plus graves, en particulier du côté de l'articulation tibio-tarsienne qui est suppurée. Des inoculations faites au cobaye avec des produits recueillis dans l'intérieur de ces articulations furent positives.

Il me paraît inutile de commenter plus longuement de telles observations. Elles établissent les différentes modalités des accidents articulaires d'origine tuberculeuse, que j'ai proposé de grouper sous le nom de *rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire.*

ÉLECTROTHÉRAPIE

Technique du traitement électrique du goître exophtalmique

Par Denis Courtade, *ancien interne des hôpitaux*

Le goître exophtalmique est une maladie caractérisée cliniquement par trois symptômes principaux (le goître, l'exophtalmie et les palpitations) auxquels viennent se joindre quelques troubles morbides secondaires dont les plus importants sont le tremblement, la diarrhée, une sensation intense de chaleur due à une vaso-dilatation périphérique, et diverses manifestations d'irritabilité cérébrale augmentée (insomnie, caractère irritable).

L'explication de ces différents symptômes a donné lieu à de nombreuses théories (altération du sympathique, lésion du bulbe, infection thyroïdienne).

Quelle que soit la pathogénie que l'on adopte, il est un fait certain, c'est que l'électricité, expérimentée par un grand nombre de cliniciens a donné de bons résultats et constitue un excellent adjuvant du traitement général.

Le traitement électrique devra avoir pour but d'agir :

1° Sur le sympathique cervical, soit au niveau de ses origines (moelle cervicale et bulbe), soit sur sa partie périphérique et ses ganglions.

2° Sur la glande elle-même.

Il convient de faire remarquer en commançant que les sujets atteints de maladie de Basedow présentent une résistance électrique de beaucoup diminuée, et qui tombe quelquefois au quart du chiffre normal. C'est pour cette raison que les différents modes d'électrisation ne sont pas tous applicables. L'*électricité statique*, en particulier, est très mal supportée et ne devra jamais être employée : la quantité d'électricité qui pénètre le malade est, en effet, beaucoup trop grande et augmente les phénomènes d'excitation au lieu de les apaiser.

On devra préférer les courants faradiques et galvaniques.

A. *Les courants faradiques* doivent être appliqués de la manière suivante : On place, en arrière du cou, une plaque de zinc recouverte de peau de chamois, d'une dimension de 6/8 et mouillée avec de l'eau salée à 7 pour 1000. Cette plaque est mise en rapport avec le pôle positif. Le pôle négatif est formé par une petite olive recouverte d'ouate hydrophile, que l'on applique, après l'avoir humectée avec le même liquide :

1° Sur le pourtour de l'orbite et les paupières, en évitant les points d'émergence du trijumeau;

2° Au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, en dehors de l'os hyoïde (ganglion cervical supérieur). Pour arriver à bien placer cet électrode, il est bon de faire incliner la tête du malade du côté où l'on opère, afin d'obtenir le relâchement des muscles de la région. La pression doit être assez énergique pour percevoir les battements de la carotide;

3° Des deux côtés de la glande, et au-dessus de la fourchette sternale (glande et ganglion cervical moyen);

4° Entre les deux chefs inférieurs du sterno-mastoïdien (ganglion cervical inférieur);

5° Au niveau de la pointe du cœur. M. Vigoureux conseille de remplacer ici le pôle négatif par le pôle positif.

L'intensité du courant doit être modérée et juste suffisante pour faire contracter légèrement les muscles environnants. Au niveau du cœur, le courant devra être très faible, car cet organe est très sensible aux courants faradiques. Au contraire, au niveau de la glande, l'intensité pourra être de beaucoup augmentée. Il faudra augmenter graduellement le courant, en surveillant attentivement le cœur, de manière à ne pas produire une excitation trop violente du pneumogastrique qui se trouve placé en même temps que le sympathique sur les côtés de la glande.

Le fil qui forme la bobine induite ne doit pas être trop fin et les intermittences seront plutôt lentes (de 10 à 15 par seconde).

La durée totale de la séance n'excédera pas 20 minutes.

B. *Courants galvaniques.* — M. Vigouroux emploie exclusivement les courants faradiques. Mais on obtient d'aussi bons résultats en associant la faradi-

Digitized by Google

sation à la galvanisation, ou même, comme le fait Erb, en n'employant que cette dernière.

Erb agit d'abord sur la moelle cervicale avec des courants ascendants et faibles : le pôle négatif est situé entre les deux omoplates, et le positif est promené le long de la colonne cervicale, à partir de la nuque. Il pratique ensuite la galvanisation du tronc sympathique et de ses ganglions, le pôle positif étant appliqué sur la colonne cervicale, et le pôle négatif promené depuis l'angle du maxillaire inférieur jusqu'aux insertions claviculaires du sterno-mastoïdien. La durée de la séance sera beaucoup plus courte et n'excédera pas 10 minutes.

M. Joffroy électrise surtout le goître lui-même et emploie de fortes intensités, 25, 30 et même quelquefois 40 milliampères. Dans ce dernier cas, pour pouvoir arriver à des intensités aussi fortes, il faut se servir d'électrodes très larges. La positive doit-être placée au-dessous de la nuque et la négative est soigneusement appliquée sur le goître. La durée du passage du courant ne dépassera pas de 4 à 5 minutes.

La méthode que j'emploie de préférence associe la galvanisation à la faradisation. Je fait passer un cou rant faradique de la manière indiquée plus haut, mais en employant toujours des courants faibles. J'applique ensuite des courants galvaniques sur la glande elle-même, en remplaçant l'olive par un tampon de 3 centimètres de diamètre, et en faisant passer un courant de 15 à 20 milliampères pendant quatre minutes (deux minutes de chaque côté). La première partie de la séance a pour but d'agir sur les centres d'une façon réflexe; la deuxième partie agit de préférence sur la glande elle-même pour en diminuer la sécrétion.

Le traitement devra être continué longtemps, au moins pendant trois mois, avec des séances quotidiennes, ou ayant lieu tout au moins chaque deux jours. Les palpitations diminuent d'abord ainsi que le tremblement et les phénomènes d'excitabilité générale. L'exophtalmie cède moins rapidement. Quant au goître, il diminue d'abord très vite puis reste stationnaire : il est quelquefois très long à disparaître.

Le traitement électrique doit être toujours associé à un traitement général par le repos, l'hydrothérapie et le cacodylate de soude.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Quelques mots sur l'emploi de la cascarille.

Par le Dr Liégeois,
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Stahl, Junker avaient prétendu que la poudre de cascarille est supérieure à la poudre de quinquina comme antipériodique dans les fièvres intermittentes : Cullen fit justice de cette assertion.

Je ne sache pas que quelqu'un ait fourni des preuves contre les propriétés eupeptiques de l'écorce de cascarille; et, cependant, quel est le praticien qui se souvient qu'il y a eu un opiat d'Helvétius, un élixir de Selle, une teinture de Moscati, exclusivement réservés aux dyspeptiques et dans lesquels la cascarille entrait pour une part importante? J. Simon était de ceux qui, de nos jours, ont le plus utilisé ce médicament : il prescrivait aux enfants la teinture associée — suivant les manifestations particulières de chaque cas — à celles de noix vomique, de quinquina, de gentiane, de colombo, de rhubarbe, de cannelle, de benjoin, de belladone, ou à l'élixir parégorique. Il est difficile, vu la complexité de ses formules, de dégager la portion d'effet qui revient en propre à la cascarille dans le résultat final. On ne peut se faire une idée exacte des attributs stomachiques de ce médicament qu'en se servant ou de la poudre seule, ou de la teinture alcoolique seule, ou du vin seul de cascarille (j'omets à dessein de parler de l'extrait : il est mentionné dans le « Manuel de matière médicale » de H. Milne Edwards et P. Vavasseur, et a été ordonné autrefois par J. Frank, en 1863 par le médecin allemand Hedenus; depuis longtemps il ne figure plus dans notre codex).

Le « croton eleutheria » (c'est le nom botanique de la cascarille de la famille des Euphorbiacées) est rangé par les thérapeutes, à côté de l'absinthe, du houblon, de l'angusture vraie, au nombre des amers aromatiques. Son principe amer est la cascarilline, substance cristallisée isolée par Duval; son principe volatil, aromatique, de saveur amère et piquante, est une huile essentielle, verdâtre, très suave (essence de cascarille).

Nous avons remarqué que les diverses préparations de cascarille exagèrent les gastropathies hypopeptiques; qu'elles aggravent les douleurs cuisantes de l'épigastre liées à l'hyperacidité stomacale; qu'elles amendent les mêmes douleurs liées à l'hypoacidité, et, dans cette dernière alternative, mettent un terme à la constipation ou à la lientérie, ainsi qu'à la tympanite gastro-intestinale, sans que pour cela la cascarille soit, à proprement parler, un antalgique, un laxatif ou un astringent, ou un carminatif. Ces différents troubles résultaient de la diminution ou de l'absence de la sécrétion physiologique de l'acide chlorhydrique à la surface de la muqueuse de l'estomac et de la diminution de myotilité de sa musculeuse : la cascarille contient ce qu'il faut — la cascarilline et l'amer de l'huile essentielle — pour solliciter une sécrétion de sucs digestifs de bon aloi; elle contient ce qu'il faut — une huile essentielle — pour stimuler puissamment les fibres musculaires lisses de l'estomac.

Dans les dyspepsies hypopeptiques nous excitons

Digitized by Google

la chlorurie et la chlorhydrie gastriques avec la poudre, la teinture ou le vin pris une demi-heure avant les principaux repas pendant huit jours seulement; si vous les employez plus de huit jours, le pyrosis renaît, le ballonnement gastro-intestinal reparaît, l'appétit se perd de nouveau, alors qu'après la huitaine il y avait une notable amélioration. Consolidez donc la guérison par un autre médicament eupeptique : l'acide muriatique au milieu ou à la fin des repas; mais ne revenez pas tout de suite à la cascarille qui provoquerait des nausées, des vomissements, ou même de la diarrhée.

Nous formulons, chez les adultes, un cachet d'un gramme de poudre d'écorce de cascarille une demi-heure avant le déjeuner et le dîner (nous voilà loin des doses, dites fébrifuges, de 10 à 15 grammes); le cachet n'étant pas d'une administration facile chez les enfants, nous le remplaçons par la teinture qui leur plaît à cause de son goût agréable : une demi-heure avant les repas deux gouttes — pas davantage — jusqu'à trois ans; nous augmentons d'une goutte par an jusqu'à quinze ans, mais à partir de cet âge nous arrivons à 20, 30 et 40 gouttes à la fois. Le vin de cascarille convient aux grandes personnes dans la dyspepsie hypopeptique de la convalescence des fièvres : un verre à Bordeaux, une demi-heure avant les repas, de la macération de 60 grammes d'écorce concassée de croton eleûtheria dans un litre de vin de Banyuls (l'huile essentielle, dont l'alcool du vin s'est emparé, a bien aussi une action tonique favorable sur le système nerveux épuisé). Je n'imite pas Hedenus qui, dans la dyspepsie chlorotique, associait la poudre de cascarille au sel de fer en un paquet : le ferrugineux sera ingéré pendant le repas, la poudre de cascarille le précédera d'une demi heure.

Si, en dehors de la dyspepsie, la dystrophie lymphatique tire — d'après nos observations — quelque profit de l'usage réitéré de la cascarille, ne faut-il pas l'interpréter par la salutaire influence que son huile essentielle, comme celle du houblon, exerce sur la nutrition en activant les phénomènes d'endosmose et d'exosmose dans les parenchymes et dans les glandes? Raulin l'avait-il soupçonné quand il proposa d'unir, dans un élixir fameux contre les maladies lymphatiques et scrofuleuses, la cascarille à deux amers aromatiques comme elle : l'écorce d'orange et la grande absinthe, et à deux amers purs : la gentiane et le teucrium?

Graves préconisa, contre les sueurs des phtisiques, une mixture à 60 grammes environ d'infusé de cascarille, 0 gr. 09 de sulfate de quinine et 4 gr. 50 de teinture de jusquiame — à prendre en trois fois dans la journée : l'effet anhydrotique ne relève t-il pas plutôt de la jusquiame et de la quinine que de la cascarille?

Chaussier regardait comme antiseptique, dans le typhus, un élixir de sa composition qui n'était ni plus ni moins qu'une teinture alcoolo vineuse éthérée de cascarille, de quinquina et de cannelle. Je ne vise qu'à réveiller les énergies vitales quand, dans l'adynamie des pyrexies, j'ajoute 30 grammes de teinture de cascarille à mon julep à l'extrait de quinquina de Vrij et aux teintures excito-motrices d'arnica, de serpentaire de Virginie, de calamus, de vanille et de cannelle.

ÉTUDE OBSTÉTRICALE

Sur un cas d'œdème du col pendant l'accouchement avec élimination spontanée pendant l'expulsion de la zone cervicale œdématiée

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la rigidité du col pendant l'accouchement; leur divergence de vues m'encourage à vous adresser une observation personnelle d'œdème du col et à déduire de son étude un certain nombre de considérations que je crois intéressantes.

Observation. — Mme D..., 31 ans. Tuberculose pulmonaire (caverne sommet gauche — pleurésie droite). Primipare — dernières règles le 5 novembre 1899 — à terme — grossesse normale — pas de rétrécissement du bassin.

17 août 1900 à 7 heures du matin; rupture de la poche des eaux; pas de douleurs, la gestante continue à vaquer à ses occupations toute la journée.

18 août, 1 heure matin; premières fortes douleurs, une sage femme constate une dilatation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

7 heures matin; la sage femme se croyant en présence d'un siège réclame l'aide d'un médecin.

A 8 heures, j'examine la parturiente et trouve une tête à la vulve en OP; coiffée du col présentant une dilatation de 2 francs; — c'est le col distendu par la tête fœtale que la sage-femme a pris pour une fesse, la dilatation figurant quelque peu l'anus de ce pseudo-siège; en écartant les grandes lèvres je constate la présence d'une tumeur violacée, turgescente, de la grosseur d'un œuf de poule, sorte de tuméfaction de la lèvre antérieure; en relevant cette tumeur, j'aperçois le cuir chevelu du fœtus encadré par les bords minces et durs du col. — Les contractions sont espacées toutes les 20 minutes et peu fortes.

Etat de la mère satisfaisant, pouls 85. Température 37°6.

Battements du cœur fœtal bons.

Je pratique des injections chaudes sur le col.

A 10 heures matin, les contractions se rapprochent et augmentent d'intensité, mais la dilatation ne progresse pas.

Jusqu'à 2 heures du tantôt, le travail est irrégulier; j'applique alors l'écarteur Tarnier qui reste en place jusqu'à 9 heures du soir avec des pressions croissantes. A 9 heures, j'enlève l'écarteur, la dilatation est un peu plus de 5 francs.

L'état de la mère est critique; pouls 120; température 38°5; les battements du cœur fœtal sont irréguliers, sourds et présentent des intermittences.

Digitized by Google

Il y a urgence à terminer rapidement l'accouchement.

La patiente étant mise dans la position obstétricale et après lavage vulvaire à l'eau phéniquée je dilate le col par la manœuvre de Bonnaire; au bout de trois quarts d'heure de pressions digitales excentriques j'obtiens une dilatation suffisante pour appliquer le forceps et extraire une fille vivante de poids normal, dont la tête est ceinte d'une couronne de tissu utérin constituée par la portion cervicale prefœtale que je viens de dilater.

Examen macroscopique de la pièce : Forme de couronne.

Apparence : Tissu gélatineux présentant tous les caractères de l'œdème.

Sur un point de la circonférence interne, renflement violacé correspondant à la lèvre antérieure du col.

Le sillon de section (circonférence externe de la couronne) non déchiqueté, est d'une netteté remarquable.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive; au bout d'une heure la délivrance fut naturelle et complète. L'examen des membranes n'invoquait pas l'idée d'un placenta prœvia. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Les suites de couches furent pathologiques, les lochies normales, mais la température vespérale s'élevant à 38°5 - 38°8 ne céda qu'aux injections intra-utérines.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes :

1° La parturiente était une primipare âgée (31 ans). Or, la plupart des accoucheurs redoutent l'accouchement « si la mère trop vieille est grosse de son « premier enfant, d'autant pour lors, les parties qui « sont trop sèches et plus dures ne peuvent pas prêter « à la dilatation nécessaire ». (Mauriceau.)

On est souvent obligé de recourir au forceps pour délivrer une primipare âgée, car ici la dystocie est causée par « la coriacité plus grande des tissus qu'in- « voquait Pajot après tant d'autres ». (Varnier. — *Obstétrique journalière.*)

Il arrive fréquemment que cette dystocie est la conséquence d'une dégénérescence myomateuse du muscle utérin, mais, dans le cas cité, le palper abdominal combiné au toucher pratiqués longtemps après l'accouchement ne m'a fait percevoir aucun fibrome; l'utérus était en apparence sain.

Le bassin osseux était normal ; seul le bassin mou avait cette absence de souplesse spéciale aux primipares âgées.

2° Rupture prématurée des membranes sans cause connue ; l'évolution de la grossesse, l'examen des membranes ne pouvaient faire songer au placenta prœvia.

La poche des eaux est l'agent le plus efficace de dilatation, sa rupture prématurée entraîne l'application exacte de la tête sur le col non dilaté qui se trouve ainsi pincé entre la partie fœtale et le bassin mou : celui-ci est rigide et se façonne mal sous la pression ; il se produit donc un œdème mécanique qui va augmenter pendant la descente du fœtus. Dans ce cas particulier, la présentation du siége laissant plus de jeu au col et ne le comprimant pas d'une façon aussi absolue contre le bassin mou doit être plus favorable que la présentation céphalique.

3° Inefficacité de l'écarteur Tarnier. — L'action antagoniste de la tête fœtale et du bassin mou coriace sur le col utérin non dilaté détermine sur lui un anneau de compression qui le soustrait à l'action de la fibre musculaire utérine, or l'écarteur ne peut agir convenablement que si l'élément musculaire répond à son excitabilité ; ici l'écarteur est appliqué sur du tissu œdématié indépendant du muscle utérin; il est donc inefficace, on ne pourra espérer un résultat favorable que s'il est appliqué au début du travail, alors qu'il n'existe aucun anneau de compression.

4° Absence d'hémorrhagie après l'élimination d'une portion du col œdématié ; car l'anneau de compression qui le sépare de la fibre musculaire l'isole également de la circulation utérine et assure ainsi l'hémostase.

5° *Restitutio in integrum* du col. Le toucher pratiqué un mois après l'accouchement ne révèle aucun traumatisme important, le col est complètement reconstitué sans déchirure latérale.

Les conclusions suivantes nous paraissent s'imposer :

1° L'accoucheur doit respecter l'intégrité des membranes jusqu'à dilatation complète chez la primipare jeune ; ce principe devient d'une absolue rigueur chez la primipare âgée sauf le cas d'hémorrhagie.

2° Dans le cas où on assiste une primipare âgée, dès le début du travail et chez laquelle les membranes se sont rompues prématurément, il faut songer à la possibilité de l'œdème du col et surveiller attentivement la marche de la dilatation ; si celle-ci se ralentit malgré des contractions utérines normales, il faut se défier de la compression du col entre la partie fœtale et le bassin mou coriace ; on devra alors appliquer l'écarteur Tarnier avant l'établissement de l'anneau de compression ; c'est-à-dire le plus près possible du début du travail.

3° Si l'accoucheur appelé en fin de travail trouve à la vulve une tête coiffée du col œdématié peu dilaté; ne pas s'attarder à l'emploi des agents thermiques, ou chimiques qui modifient la contraction utérine, ni à l'écarteur Tarnier ; toute perte de temps étant préjudiciable pour la mère et l'enfant, on devra faire avec les doigts la dilatation préfœtale par pressions excentriques (manœuvre de Bonnaire) et extraire l'enfant au forceps ; ou, pour aller plus vite, inciser la calotte œdématiée déjà isolée du segment inférieur par un sillon de compression qui assure l'hémostase et protège l'utérus contre la propagation des débridements. — Arrivé, *médecin du dispensaire du IVe arrondissement.*

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Paralysie du nerf récurrent gauche et persistance du canal artériel. — La persistance du canal artériel, ou conduit de Botal, sans constituer une exception, se rencontre plus rarement que les autres malformations congénitales du cœur et des gros vaisseaux. Cependant, Almagro a relaté trente observations de cette anomalie dont François Franck a bien décrit les symptômes.

En avril dernier, au XIXe congrès de médecine interne de Berlin, Schrœtter a présenté sur ce sujet un rapport très intéressant, qui complète la symptomatologie des persistances du canal artériel, et indique en même temps une nouvelle cause de paralysie du récurrent.

En présence d'une paralysie récurrentielle unilatérale, on songe aussitôt à un anévrysme de la crosse aortique ou de ses branches. C'est là, d'ailleurs, un des facteurs les plus fréquents de cette affection. Mais l'appareil circulatoire fournit encore d'autres causes de paralysies du récurrent.

Artner a vu ce nerf comprimé par l'oreillette gauche dans un cas de maladie mitrale. Schrœtter signale un fait de compression par l'artère pulmonaire dilatée (ouvertures, dans ce dernier vaisseau, d'un anévrysme de la crosse aortique). Enfin, dans l'observation que cet auteur rapporte, il s'agit de la compression dn récurrent par le canal artériel demeuré purulent.

La malade, âgée de quinze ans, était cyanique depuis sa naissance, et dès sa première enfance. elle avait présenté de la dyspnée d'effort. L'examen donna les renseignements suivants : frémissement systolique à la pointe : à la percussion, matité cardiaque normale, débordant toutefois un peu le bord droit du sternum : à l'auscultation, souffle présystolique et systolique de la pointe, et souffle diastolique, bref, inconstant :dans le troisième espace interscostal gauche, contre le sternum, souffle systolique intense et souffle diastolique roulant : accentuation très marquée du deuxième bruit de l'artère pulmonaire. Les souffles de la base se propageaient peu. Pouls normal, foie gros, râles fins aux bases, légère albuminurie, hyperglobulie notable (6,500,000 hématies). La voix n'était pas altérée : malgré cela, l examen du larynx révéla une paralysie de la corde vocale gauche.

La radioscopie montra, au niveau du troisième espace intercostal gauche, une ombre très nette, à convexité externe. Cette ombre correspondait au siège des bruits de souffle, en un lieu où la percussion ne donnait rien. Le cœur apparut augmenté de volume selon tous ses diamètres.

La situation s'aggrava peu à peu : albuminurie notable, oligurie, anasarque, œdème pulmonaire, tachyarythmie, tendance au collapsus. La malade mourut après cinq mois de séjour à l'hôpital.

Le diagnostic avait été très discuté. L'existence d'une malformation congénitale du cœur, admise une fois pour toutes, on pouvait penser à une insuffisance et un rétrécissement de la mitrale, en raison des signes observés à la pointe, et du frémissement, en particulier ; ou encore à un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Schrœtter écartait l'hypothèse de cette dernière lésion, dans laquelle le souffle siège au deuxième espace intercostal gauche, et qu'infirmait d'ailleurs l'accentuation du deuxième bruit de l'artère pulmonaire. On pouvait admettre également une communication anormale entre les ventricules et les oreillettes, ou même une persistance du canal artériel ; le début de la cyanose, l'existence du souffle diastolique, l'accentuation du second bruit pulmonaire et l'ombre radioscopique, plaidaient en faveur de la persistance de ce canal.

L'auteur admet la probabilité de cette malformation tout en posant le diagnostic ferme d'insuffisance et de rétrécissement mitral. Il expliquait la paralysie du récurrent par la compression de l'oreillette gauche dilatée.

L'autopsie confirma en partie le diagnostic et donna une explication inattendue de la paralysie récurrentielle. Cœur très augmenté de volume dans le sens transversal. Tous les appareils valvulaires, sauf celui de l'aorte, présentaient des lésions d'endocardite verruqueuse prédominant à l'orifice mitral, insuffisant et rétréci. Insuffisance tricuspidienne. L'artère pulmonaire, considérablement dilatée, communiquait avec l'aorte par un canal de trois centimètres et demi de diamètre, qui n'était autre que le canal artériel demeuré persistant. Le nerf récurrent enclavé entre ce canal et l'aorte était aminci, atrophié, gris rouge : l'examen histologique montra une dégénérescence totale de ses filets nerveux. Le tissu conjonctif du voisinage était normal : il fallait donc écarter toute idée de compression par du tissu de sclérose. Le muscle aryténoïdien postérieur gauche fut trouvé très atrophié et dégénéré.

La paralysie récurrentielle était donc causée uniquement par l'action mécanique intermittente et la compression élastique continuelle de l'aorte et du conduit de Botal, sur le nerf récurrent.

Digitized by Google

Schrœtter insiste sur l'importance de l'examen radioscopique dans des cas analogues. La présence d'une ombre anormale dans le deuxième espace intercostal gauche indique certainement une dilatation de l'artère pulmonaire; mais cette ombre serait encore plus en rapport dans un cas de malformation congénitale avec une persistance du canal artériel, comme le prouvent les observations de Zuin, de Weinberger, et une autre observation de l'auteur.

Nous remarquerons que parmi les symptômes qui ont conduit, dans le cas de Schrœtter, au diagnostic de la persistance du canal artériel, ne figurent pas les symptômes décrits par François Franck, comme révélateurs de cette affection. François Franck mentionnait la présence d'un souffle systolique doux, à renforcements inspiratoires et à maximum perçu entre la quatrième vertèbre dorsale et le bord spinal de l'omoplate gauche; en outre, des oscillations respiratoires rythmées du pouls. L'observation de Schrœtter nous apprend qu'il existe encore d'autres signes, et contribue ainsi à enrichir une symptomatologie déjà riche, comme celle de toutes les maladies rares. — P. Bergouignan.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Origine toxique de la neurasthénie et de la mélancolie. — Après avoir classé la neurasthénie en différents types : cérébral, spinal, vasomoteur, on a pu la différencier en types étiologiques, suivant qu'elle résulte de soucis et d'anxiété, de surmenage mental ou physique, d'un début de dégénérescence des neurones (paralysie générale). On peut décrire aussi une forme, intéressante à étudier, notoirement due à une intoxication.

C'est surtout chez les femmes mal nourries et les hommes de 45 ans environ, d'habitudes sédentaires, qui ont vécu largement et fait un usage immodéré des plaisirs de la table, de l'alcool et du tabac qu'on observe la neurasthénie d'origine toxique.

Les principaux symptômes qui la caractérisent sont le mal de tête, une pression sourde dans la nuque et dans la tête, une inaptitude au travail cérébral, l'irritabilité du caractère, des troubles circulatoires tels que refroidissement des extrémités, rougeurs et sensations de brûlure en différentes parties du corps, des désordres digestifs ou intestinaux — dyspepsie acide gaz, selles irrégulières et fétides. — L'urine est irrégulière en quantité : rare, colorée et très dense par moments, tandis que très abondante, claire et de très faible densité parfois, mais toujours elle contient beaucoup d'indican et d'indoxyle.

Dans ces conditions on trouve fréquemment un certain degré de mélancolie associée à la neurasthénie et l'on peut dire qu'au début de presque tous les états initiaux de mélancolie subaiguë ces mêmes symptômes existent.

Une particularité caractéristique de la neurasthénie d'origine toxique consiste dans l'alternance quotidienne et régulière des états de dépression et de bien-être que l'on observe chez tous les neurasthéniques de cette variété.

C'est vers quatre heures du matin que la dépression et les souffrances atteignent un maximum qui dure environ 3 ou 4 heures; une amélioration survient ensuite et progresse régulièrement, si bien que l'état de détresse fait place vers midi à un sentiment de bien être qui persiste pendant l'après-midi, fléchit pendant la soirée et disparaît durant la nuit.

Cette alternance cyclique de détresse nocturne et de bien-être diurne est à peu près constante.

Elle paraît être sous la dépendance d'un agent toxique, encore indéterminé, qui s'accumule peu à peu dans le sang pendant le sommeil — n'est-ce pas par un semblable mécanisme que se produit la dyspnée toxi-alimentaire nocturne si bien dévoilée par M. Huchard? — se trouve neutralisé ou éliminé pendant le jour par les mouvements du corps et l'activité des émonctoires. E. Allen Starr (*Medical Record, 11 mai 1901)* admet avec vraisemblance que l'agent toxique est originaire du tube digestif.

Le traitement confirme la notion étiologique de cette variété de neurasthénie; on améliore sûrement de tels malades en combattant la toxémie par le régime d'abord et par un traitement interne et externe.

Régime. — Le lait et les œufs presques crus, le poisson, les huîtres et les végétaux constituent le régime de choix. Il faut cependant éliminer les pommes de terre, les navets, les tomates et les betteraves. Par contre, le riz, le macaroni, la bouillie de maïs, sont bien supportés si l'on n'y adjoint pas le fromage qui est ordinairement mal digéré par ces malades. Le régime doit varier d'ailleurs suivant les capacités digestives de chacun.

Dans le régime des boissons, éliminer complètement le thé et l'alcool sous toutes ses formes, sauf les vins légers ; le café à dose stimulante après chaque repas semble agir heureusement.

Médicaments. — Il faut favoriser la digestion en stimulant l'action du foie à l'aide du calomel et de la podophylle. L'auteur donne dans ce but alternativement, tous les cinq jours, 6 centigr. de calomel fractionné en 10 doses et 15 milligr. de podophylle en une seule fois. Le sel de Carlsbad peut être employé tous les matins, avec le même bénéfice.

Le second objet du traitement est de neutraliser les poisons du tube digestif. L'auteur préconise l'em-

Digitized by Google

ploi des capsules suivantes solubles seulement dans l'intestin grâce à leur enveloppe :

Sulfocarbonate de soude	0 gr. 30
Permanganate de potasse.....	0 — 06

Pour faire une capsule insoluble dans l'estomac à l'aide de gluten. — Une capsule à la fin de chaque repas.

Ou bien :

Salol.....	0 gr. 30
Huile de castor	5 grammes

Pour une capsule insoluble dans l'estomac. — Une capsule à la fin de chaque repas.

Ou encore :

Benzoate de soude.....	0 gr. 12
Sulfocarbonate de zinc.....	0 — 06
Beta-naphtol.....	0 — 06

Pour une capsule seulement soluble dans l'intestin ; une à la fin de chaque repas.

A la suite de ce traitement prolongé et du régime alimentaire, l'auteur a constaté une amélioration de la digestion et la suppression du cycle alternant des symptômes.

Il faut enfin adjoindre à tous ces moyens, pour stimuler la nutrition générale, un bain matinal à 40°, d'une durée de 2 minutes suivi d'un très courte ablution froide (15 secondes), les exercices corporels modérés, bien surveillés sous le rapport de leur durée et de la dépense d'énergie qu'ils nécessitent, interrompus par un repos suffisant.

La sieste d'une demi-heure après chaque repas doit être également imposée.

Enfin, pour guérir ces malades, il faut encore les distraire de leurs préoccupations maladives par un choix approprié d'exercice mental et d'études qui les obligent à vivre au grand air (botanique, jardinage, voyages). — E. B.

CHIRURGIE

La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation. — Caboche (*Th. Paris*, 1901) distingue deux variétés de hernies cérébrales, pouvant se présenter au cours de la trépanation :

a) La *hernie immédiate*, survenant dès que le crâne est ouvert (le cerveau chassant devant lui la dure-mère pour former une méningo-encéphalocèle), ou dès que la dure-mère est incisée (encéphalocèle proprement dite).

b) La *hernie secondaire ou consécutive*, qui survient plus tardivement, à une époque variant entre quelques jours et quelques semaines.

La *hernie immédiate* reconnaît comme cause unique l'excès de tension intra-crânienne produit par la présence d'une tumeur ou d'un abcès volumineux dans le cerveau, ou par un néoplasme cérébelleux amenant l'hydrocéphalie, etc.

Sous forme de méningo-encéphalocèle, elle est recherchée par un grand nombre de chirurgiens comme moyen de décompression palliatif des différents symptômes des tumeurs cérébrales.

Sous forme d'encéphalocèle proprement dite elle constitue en réalité un obstacle plus ou moins sérieux à la recherche d'une tumeur cérébrale. Petite elle n'a pas de gravité, ne gêne pas la suture des lambeaux cutanés ou dure-mériens. Mais dans certains cas, elle prend des proportions qui s'opposent à la continuation de l'intervention, nécessitent son ablation et lui donnent une gravité toute particulière.

Cette gravité, toutefois, tient surtout à ce fait qu'elle accompagne des lésions elles-mêmes graves : tumeurs inopérables, tumeurs du cervelet (c'est au cours de l'intervention sur le cervelet que la hernie est le plus fréquente). La mort est, dans ces cas, le résultat non de la résection herniaire, mais du du shock, de la compression bulbaire par la tumeur cérébelleuse ayant cessé d'être suspendue dans le liquide céphalo-rachidien soustrait, ou de l'œdème cérébral par décompression.

La *hernie consécutive* ne reconnaît pas une cause unique : si, le plus souvent, elle relève de l'infection, il est certain nombre de cas où cette cause ne saurait être invoquée, mais bien l'excès de tension, l'élasticité du tissu cérébral qui tend à combler la cavité opératoire dont il dépasse les limites, l'œdème par décompression, le ramollissement par compression des vaisseaux voisins de la tumeur.

Au point de vue anatomique elle est constituée, dans l'immense majorité des cas, par le tissu cérébral. Les examens macroscopiques sont en faveur de cette opinion. Les examens microscopiques sont très peu nombreux et d'ailleurs indiquent presque constamment la présence de la substance cérébrale à coté de lésions de prolifération banale. Les cas où l'on a trouvé un fongus dure-mérien sont exceptionnels.

Son apparition constitue évidemment une complication de l'intervention cérébrale. Néanmoins sa gravité n'est pas extrême. Le pronostic est peu grave quand elle apparaît à la suite d'une intervention pour un traumatisme crânien, que lorsque la trépanation a été dirigée contre une tumeur.

La gravité tient beaucoup plus aux lésions concomitantes (méningite, abcès, etc.) qu'à la hernie elle-même. La complication est d'ailleurs beaucoup plus grave autrefois que maintenant, parce que les plaies avec fractures du crâne sont soignées plus méthodiquement, plus rapidement et avec les règles de l'antisepsie.

Dans plus des deux tiers des observations la ter-

Digitized by Google

minaison a été la guérison ; c'est en quelque sorte la tendance naturelle de la hernie, sans que le mécanisme de la réduction soit très facile à comprendre.

Deux cas de hernie cérébrale à travers les cavités du rocher, observés par Caboche, se sont terminés spontanément par la guérison, et bien que dans un cas la hernie traversat la partie supérieure de la caisse pour arriver à la face externe de la mastoïde, l'épidermisation des cavités de l'oreille s'est faite sans entrave; et la cure de l'otorrhée dans les deux cas a pu être menée à bonne fin.

Le meilleur traitement de la hernie est encore la compression modérée, jointe à des soins d'antisepsie minutieuse. Il faut rejeter l'ablation soit au bistouri, soit à l'anse chaude, comme aveugle et ne s'opposant nullement à une récidive.

Dans certains cas, on pourra avoir recours à différentes méthodes de plastique, soit pour hâter la réduction du prolapsus cérébral, soit pour le protéger une fois rentré. — J. H. M.

GYNÉCOLOGIE

L'ovarite suppurée. — Le Dr A. Mauger (*Th. Paris, 1900*) admet que souvent l'ovarite suppurée existe seule et qu'alors la lésion est presque toujours unilatérale. Si la trompe est prise, elle présente des lésions pariétales. Le ligament large est épaissi, œdématié, infiltré, il cravate en avant la tumeur ovarienne et présente quelquefois dans son intérieur de petits abcès lymphangitiques.

L'ovarite suppurée peut rester absolument latente, jusqu'au jour où par le palper et le toucher on découvre une collection ovarienne.

Souvent elle procède par crises subaiguës, s'échelonnant sur une très longue période et dans l'intervalle des crises la santé est parfaite.

L'ovarite suppurée se révèle brusquement par une crise aiguë éclatant en pleine santé : le plus souvent la malade a des antécédents de métrite ancienne.

Au cours de cette affection, les métrorrhagies sont fréquentes, de même que les névralgies crurales et sciatiques et les douleurs articulaires dans la hanche et dans le genou. Chacun de ces symptômes peut exister isolément et prédominer de telle façon qu'il donne lieu à une forme spéciale.

L'état général s'altère très souvent quand le pus est d'emblée virulent ou reprend de la virulence sous l'influence d'une cause quelconque.

Le palper et le toucher révèlent une tumeur dure, élevée dans l'abdomen, rénitente, fluctuante si elle est volumineuse, souvent indolente et distincte de l'utérus.

L'ovaire s'infecte par la voie péritonéale et lymphatique. L'infection peut partir de l'utérus (infection obstétricale). La preuve en est fournie par l'infiltration du ligament large et l'absence fréquente des lésions de la trompe.

Les lésions étant le plus souvent unilatérales, il sera indiqué de faire la laparotomie pour extirper la poche ; on pourra se rendre compte ainsi de l'état de la trompe, et des annexes du côté opposé.

Des opérations conservatrices de la trompe. — Ce sont des opérations d'exception, qui ne sont à discuter que lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, la trompe n'étant qu'un canal vecteur et n'ayant aucune propriété glandulaire.

Les indications des opérations conservatrices de la trompe sont basées d'une part sur l'état des lésions tubaires et d'autre part sur l'état des ovaires ; toute opération conservatrice n'est justifiée que si tout au moins l'un des deux ovaires est sain.

D'après le Dr Kahn, il est impossible de préciser actuellement les indications de la conservation des trompes au cours de l'opération.

Ces opérations conservatrices comprennent : la destruction des adhérences et la désobstruction du pavillon tubaire, ainsi qu'il arrive dans certains cas de salpingite, où la trompe congestionnée est prolabée dans le cul-de-sac de Douglas la trompe est physiologiquement oblitérée, le pavillon étant directement appliqué contre la paroi pelvienne, mais elle ne l'est pas anatomiquement, la trompe désinsérée étant parfaitement perméable; l'agrandissement du pavillon tubaire incomplètement oblitéré dans les cas de salpingite catarrhale ou même purulente, s'il n'y a pas d'hypertrophie des parois ; l'ouverture du pavillon tubaire complètement oblitéré, dilaté et contenant soit du liquide séreux, soit du sang, soit du pus ; la résection de la portion tubaire ou de la portion ampullaire de la trompe.

Se basant sur les dangers que présente la chirurgie conservatrice de la trompe, certains chirurgiens l'ont proscrite ; c'est de l'exagération, car elle est incontestablement sans danger dans les cas d'hydrosalpinx, d'hématosalpinx et même dans beaucoup de cas de pyosalpinx chroniques qui, pour la plupart, sont aseptiques.

On réservera la salpingostomie à peu près uniquement aux cas de salpingite légère, catarrhale ; elle n'est recommandable que si les parois de la trompe n'ont pas subi d'hypertrophie. La salpingectomie partielle sera pratiquée en cas de pyosalpinx ou d'hématosalpinx limité à la portion tubaire ou ampullaire. Elle n'est à proposer que si la portion restante de la trompe est ou paraît être à peu près saine.

Digitized by Google

La technique de ces opérations, en particulier de la salpingostomie et de la salpingectomie partielle, est difficile et délicate; le gros inconvénient est l'hémorrhagie, aussi devra-t-on faire au thermocautère toutes les sections de la trompe et soigner l'hémostase.

Les résultats de ces opérations sont encore douteux, les observations étant trop récentes.

Dans l'hydrosalpinx ou l'hématosalpinx, si l'ovaire est sain, il ne semble pas qu'il y ait de doute sur l'utilité de la conservation même partielle de la trompe. En cas de lésions inflammatoires, les difficultés des indications de la conservation des trompes sont grandes ; il faut tenir compte des lésions tubaires elles-mêmes et de l'agent infectieux microbien.

Les salpingites gonococciques sont probablement les seules à pouvoir bénéficier de cette chirurgie conservatrice.

D'autre part, il est indispensable que l'ovaire soit sain, que son fonctionnement soit parfait. L'examen direct de l'organe au cours de l'opération et surtout avant l'opération, l'interrogatoire de la malade et en particulier la recherche des signes de l'insuffisance ovarienne, permettront à peu près toujours de se rendre compte de l'état d'intégrité de la glande ovarienne. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De l'hémichorée pré-paralytique. — M. Raymond. L'hémiplégie cérébrale organique traduit une interruption de la voie motrice dans son trajet encéphalique, cortico-pédonculaire. Elle peut se compliquer de phénomènes morbides qui traduisent une irritation de cette même voie. Au nombre de ceux-ci figure l'hémichorée, ainsi appelée parce qu'elle se manifeste par des désordres moteurs jusqu'à un certain point, comparables à ceux de la chorée vulgaire, et limités au côté qui est déjà ou va être le siège de l'hémiplégie. Aussi bien l'hémichorée peut être pré- ou post-paralytique.

Dans sa thèse inaugurale, M. Raymond a montré que cette hémichorée symptomatique était causée par une lésion du faisceau qui, dans le pied de la couronne rayonnante (capsule interne), est en rapport avec la partie postérieure de la couche optique.

Des travaux ultérieurs nous ont appris que l'hémichorée pré- ou post-paralytique peut dépendre d'une lésion siégeant en un point quelconque du trajet cortico-pédonculaire de la voie motrice.

M. Boinet, de Marseille, dans un mémoire qui fait l'objet du présent rapport de M. Raymond, communique deux observations nouvelles d'hémichorée pré-paralytique; malheureusement ces faits manquent de la vérification anatomique pour préciser le siège de la lésion.

Valeur séméiologique des vibrations abdominales. — M. de Brun, de Beyrouth. Si l'on applique la main sur les parois abdominales d'un sujet pendant qu'on le fait parler, on perçoit dans certains cas des vibrations en tous points semblables aux vibrations thoraciques.

Ce symptôme indique l'apparition d'un épanchement liquide dans la cavité péritonéale. C'est surtout au début des ascites, alors que les feuillets du péritoine commencent à se mouiller, et avant que le liquide se soit collecté dans les régions déclives, qu'on le perçoit dans toute sa pureté. Il est très net en particulier quand le malade présente un certain degré de météorisme en même temps qu'une tension suffisamment accusée des parois abdominales. Lorsque ces conditions coïncident avec un léger épanchement péritonéal, les vibrations peuvent être perçues sur toute la surface de la paroi lombo-abdominale.

Ce signe permet donc de reconnaître l'apparition d'un épanchement dont rien encore ne laissait soupçonner l'existence.

Du rhumatisme tuberculeux. — M. A. Poncet. (Voir page 499.)

Lésions du foie déterminées par la présence des douves. — M. Blanchard présente des préparations microscopiques, provenant d'un foie d'Annamite, sur lesquelles on voit les lésions déterminées par les douves. Les canaux biliaires sont presque obstrués par ces innombrables parasites. Il en résulte un obstacle au cours de la bile et une irritation avec prolifération du tissu conjonctif voisin, aboutissant à une véritable cirrhose et tous les troubles qui en résultent. (*23 juillet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Du goitre cancéreux. — M. A. Poncet. Le cancer thyroïdien, fréquent dans la région lyonnaise, se développe presque toujours sur un goitre apparent, plus ou moins ancien.

Il a une malignité spéciale, qui relève, très probablement, de la structure de la thyroïde, de sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, du rôle physiologique élevé de cette glande. Il se montre avec des caractères cliniques et anatomo-pathologiques très dissemblables, comme, du reste, le cancer d'autres viscères. Son pronostic dépend moins de sa structure étiologique que de ses caractères cliniques Passé quarante ans, *a fortiori*, plus tard, les tumeurs thyroïdiennes sont, le plus ordinairement, des tumeurs malignes, comme du reste, les néoplasmes d'autres organes.

Le goitre cancéreux affecte parfois une forme très spéciale par son homogénéité, par sa dureté, que l'on a justement comparée à celle du bois, à celle du fer. Le nom de

Digitized by Google

cancer ligneux ou fibreux, qui ne préjuge en rien d'autres caractères anatomiques, semble lui convenir.

Quant aux indurations nettement inflammatoires, qui forment la classe des phlegmons chroniques de consistance ligneuse, et qui simulent parfois des néoplasmes, en raison même de leur consistance, elles peuvent reconnaître pour cause des processus infectieux divers, au premier rang desquels se place l'actinomycose.

A ce propos, on doit signaler la fréqnence des lésions actinomycosiques, que l'on rencontre là précisément où apparaissent de préférence les sclérèmes en boule, en cuirasse, c'est-à-dire à la région cervico faciale, du côté des parois et de la cavité abdominale, de la fin du gros intestin, de l'excavation pelvienne, du périnée, etc. Ces localisations du parasite s'expliquent par sa voie la plus habituelle de pénétration qui est le tube digestif dans toute sa hauteur, et dans son sens le plus étendu, à savoir : 1° la cavité buccale ; 2° le cœcum ; 3° l'ampoule rectale, cavités dans lesquelles il trouve, par le séjour des matières qui le transportent, de bonnes conditions de greffe.

La confusion entre ces phlegmons actinomycosiques et une tumeur : carcimone, sarcome, fibrome, etc., a été bien souvent commise, et nous savons qu'un des meilleurs éléments du diagnostic de l'actinomycose est souvent cette association apparente d'accidents inflammatoires et néoplasiques.

L'intervention radicale pour le goître cancéreux donne des résultats médiocres ; cette manière de voir est justifiée par des morts rapides post-opératoires et par une survie qui n'en vaut guère la peine. Lorsque la tumeur thyroïdienne, encore à son début est encapsulée sans adénite néoplasique, elle est justiciable de l'opération ; mais dans les formes massives, diffuses, lorsque les troncs vasculo-nerveux sont englobés dans la lésion morbide, lorsque les ganglions cervicaux sont envahis, il faut se contenter d'opérations purement palliatives.

Rupture sous-péritonéale de la vessie.— M. Dubujadoux (d'Alger), rapporte l'observation d'un Arabe vigoureux, qui reçut un coup de genou au bas-ventre, six heures après avoir uriné. Une heure après le choc, rétention d'urine, vomissements ; le ventre se ballonne.

On sent une tuméfaction en arrière de la paroi abdominale remontant à 4 travers de doigts au dessus du pubis, étalée de chaque côté. M. Dubujadoux introduit par l'urèthre une sonde de Nélaton et vide la vessie remplie d'urine et de sang presque pur. Dès lors les symptômes vont en s'améliorant ; les urines ne contiennent plus de sang à partir du 4° jour ; le 9e on retire la sonde ; le malade urine parfaitement et sort guéri de l'hôpital.

M. Routier. — Il est fort vraisemblable qu'il s'est fait une rupture sous-péritonéale de la vessie, dans la cavité de Retzius ; la tuméfaction sus-pubienne confirme cette opinion. (*24 juillet.*)

VARIÉTÉ

La lutte contre l'alcoolisme en France

Au moment où, dans tous les pays civilisés, retentit un cri d'alarme contre l'alcoolisme et ses dangers, il est intéressant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur ce que nous faisons actuellement en France pour conjurer le fléau, et diminuer, autant que faire se peut, ses terribles ravages.

Et tout d'abord, il n'est pas inutile de rappeler que la consommation de l'alcool va toujours croissant dans notre pays, alors que dans tous les autres pays, sauf la Belgique, elle reste stationnaire ou décroît : alors qu'en 1830, la quantité d'alcool à 100e absorbée par tête d'habitant était de 8 litres environ, elle est passée en 1898 à plus de 14 litres. Corrélativement, le nombre des cabarets et des débits de vin s'est élevé, dans la même période, de moins de 300.000 à plus de 450.000. En somme, comme il ressort clairement des statistiques rapportées par MM. Triboulet et Mathieu (1) « la France se trouve placée entre le troi-« sième et le cinquième rang pour la consommation des « spiritueux, au deuxième pour les boissons fermentées, « et en tête pour la consommation totale de l'alcool. Triste « suprématie ! »

Tel est le fléau. Nous connaissons tous ses ravages ; ils peuvent se résumer en trois mots : dégénérescence physique, dégénérescence intellectuelle, dégénérescence mentale. La dégénérescence physique atteint l'alcoolique, non seulement dans sa personne même, mais dans sa progéniture, surtout dans sa progéniture pouvons-nous dire ; le Dr Arrivé (2) nous montre nettement cette influence de l'alcoolisme sur la dépopulation, augmentant la mortalité, causant une morbidité et une mortalité infantiles effroyables, créant chez ceux qui survivent des stigmates de dégénérescence nombreux, faiblesse de constitution, nanisme, surdi-mutité, épilepsie, hystérie, imbécillité, etc.

Quant à la dégénérescence mentale et à la dégénérescence intellectuelle, l'énumération la plus complète ne viendrait pas à bout de citer toutes les tares de cet ordre, créées par l'alcoolisme, soit chez l'intoxiqué lui-même, soit chez ses descendants. Nous renvoyons le lecteur qui voudrait être édifié sur ce sujet, à un remarquable chapitre, dans lequel M. Romme (3) nous montre l'état d'esprit et l'état d'âme des habitants, tous alcooliques du haut en bas de l'échelle sociale, en certains pays normands.

Contre ce danger, qui, à travers les individus, menace la nation et la race, qu'a-t-on fait, que fait-on ? A-t-on pris des mesures, et quelles mesures ? C'est là ce que nous nous proposons de rechercher brièvement, en nous li-

(1) Triboulet et F. Mathieu. — L'alcool et l'alcoolisme. Paris 1900.

(2) Arrivé. — Influence de l'alcoolisme sur la dépopulation. *Th. de Paris*, 1899.

(3) Romme. — L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France. Paris 1901.

Digitized by Google

tant à ce qu'on a fait en France, et sans discuter sur ce que l'on devrait faire : nombreux en effet sont les projets plus ou moins radicaux, plus ou moins inutiles, plus ou moins impossibles même, qui ont été proposés pour combattre l'alcoolisme.

Pour conjurer un fléau, quel qu'il soit, il existe deux manières d'agir :

1° *Les mesures coercitives*, supprimant le fléau ou diminuant ses chances d'action.

2° *La propagande*, cherchant à atteindre le même but par la vulgarisation de notions saines, par la persuasion, et ayant à sa disposition trois moyens d'action principaux : la parole, l'imprimé, le livre

Les *mesures coercitives*, dans l'état actuel de nos mœurs et surtout de notre législation, sont difficiles à appliquer. Aussi, en dehors de certains milieux spéciaux (armée, écoles), ces mesures n'ont-elles pu être appliquées qu'à la substance toxique, et non pas à ceux qui en font usage. Et encore, n'a-t-on pas limité la quantité ou la qualité de l'alcool : on a simplement élevé les impôts portant sur sa consommation. Disons immédiatement que le résultat de cette mesure, au point de vue de l'alcoolisme, a été absolument nul, l'augmentation étant minime pour la part de chaque consommateur ; d'ailleurs, dans les pays comme l'Angleterre, où l'alcool est grevé de droits énormes (près de 500 francs par hectolitre d'alcool à 100°), ces droits, lors de leur établissement, s'ils ont amené une légère baisse dans la consommation des spiritueux, ont amené par contre une augmentation notable dans la consommation des boissons fermentées riches en alcool.

Aucune mesure coercitive n'existe contre les débitants d'alcool : à plusieurs reprises, on a proposé de limiter leur nombre, mais on s'est heurté au principe de la liberté du commerce ; d'ailleurs, l'exemple des pays voisins montre qu'il n'y a aucun parallèlisme entre la consommation de l'alcool et le nombre des débits. Une seule loi existe qui, jusqu'à un certain point, pourrait être efficace : elle punit le cabaretier qui verse à boire à un homme ivre, ou à un enfant au dessous de seize ans ; mais cette loi n'est presque jamais appliquée, et lorsqu'elle l'est, les peines encourues sont si légères qu'elles constituent presque une prime à la réitération.

Plus efficaces sont les mesures prises par l'autorité militaire, en raison de la discipline, éminemment propre à imposer un état de chose qui ne serait pas accepté bénévolement : c'est ainsi que la vente des boissons distillées et alcooliques est actuellement interdite dans la plupart des casernes de l'armée française, ainsi que dans tous les établissements d'instruction (lycées, écoles, etc.).

Mais, sauf dans ces milieux spéciaux dont nous venons de parler, nous pouvons conclure qu'aucune mesure coercitive effective n'existe en France contre l'alcoolisme : s'alcoolise qui veut, avec autant d'alcool qu'il le désire, quand et où cela lui fait plaisir.

Reste la *propagande* avec les nombreux moyens dont elle dispose : la parole, l'imprimé, le livre. Hâtons-nous de dire qu'à elle sont dus les seuls résultats positifs acquis jusqu'ici, résultats appréciables dès maintenant, et dont l'importance augmente chaque jour.

La propagande par la parole est réalisée principalement par les *Sociétés de tempérance* extrêmement nombreuses en Angleterre et en Amérique, plus rares en France, où cependant elles ont pris, depuis quelques années, un essor important sous l'énergique impulsion du Dr Legrain C'est à ces Sociétés que nous devons l'organisation de conférences publiques, civiles ou militaires, dans lesquelles les dangers de l'alcoolisme sont montrés dans toute leur vérité, avec des schémas et des tableaux frappants à l'appui. C'est à elles encore que nous devons la propagande faite dans les hôpitaux, à l'aide de conférences et de brochures ou d'imprimés distribués aux malades.

A vrai dire, si la propagande par la parole a décidé à l'abstinence un bon nombre d'esprits éclairés, si les articles de journaux et les brochures ont convaincu un nombre de personnes assez considérable dans les classes aisées de la société française, il faut reconnaître que la conviction a pénétré beaucoup moins aisément dans la masse du peuple : il suffit pour s'en rendre compte de parcourir les faubourgs et les quartiers ouvriers de Paris un soir de paye ; il suffit encore de voir comment les malades de nos hôpitaux acceptent la suppression de l'alcool et surtout du vin, même lorsqu'elle est imposée par un état de santé grave. Il suffit enfin de voir combien ont peu de succès les tentatives de cercles ouvriers ou de restaurants sans alcool, faites dans nos grandes villes : « Pour combattre l'action « néfaste des 500.000 cabarets que nous possédons en « France, nous avons tout juste, d'après Romme, quatre « restaurants de tempérance, dont trois à Paris et un au « Hâvre ».

Mais il est une propagande qui a déjà porté ses fruits, et dont l'avenir nous paraît fécond : c'est l'enseignement anti-alcoolique donné dans les écoles et dans les établissements d'instruction publique : le cerveau de l'enfant est beaucoup plus malléable que celui de l'adulte ; le bon grain y est semé sur un terrain encore vierge d'alcool, et l'émulation et l'amour-propre aidant, l'idée anti-alcoolique subsiste au sortir de l'école chez un grand nombre d'enfants. Loiseau (1) rapporte que, dans le Finistère, les enfants ne veulent pas aller avec leurs parents aux repas de noces ; dans d'autres régions, ils refusent d'aller à l'auberge le jour de la fête du village, etc. N'est-ce pas là la confirmation de ce que nous disions, et la preuve que l'*Association de la jeunesse française tempérante* est une digne émule de son aînée, la *Ligue anti-alcoolique*.

Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer l'action des Sociétés de tempérance, et pour montrer l'action de l'initiative privée dans la lutte contre l'alcoolisme, que de citer cette conclusion du Dr Romme :

(1) Loiseau. — Alcoolisme et réforme sociale. Paris 1900.

Digitized by Google

« En somme, le résultat de l'activité relativement récente des sociétés de tempérance, a été de conquérir à leurs idées le médecin, l'élite de la bourgeoisie, la plupart des écrivains, les hommes éclairés que comptent dans leurs rangs l'université, l'armée, la marine, le clergé ».

La *propagande par le livre*, œuvre des médecins, complète et dirige la propagande des sociétés de tempérance. Le nombre des publications dirigées contre l'alcoolisme est tel qu'il nous est impossible de donner ici l'indication même des principales : cependant, nous devons rendre hommage à ceux à qui nous devons l'essor anti-alcoolique, à ceux qui, les premiers, ont signalé le danger et cherché les remèdes, MM. Bergeron, Laborde, Magnan, Joffroy, Legrain, L. Jacquet.

La lutte contre l'alcoolisme en France est donc, comme dans tous les pays, l'œuvre de l'initiative médicale et de l'initiative privée : des victoires ont été déjà remportées, qui seront suivies d'autres victoires et c'est à la jeune génération actuelle, celle qui est encore dans les écoles, que nous devrons vraisemblablement, de voir diminuer progressivement le fléau de l'alcoolisme en France. — Henry Bernard.

BIBLIOGRAPHIE

Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate, par le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux. Une brochure de l'*Œuvre médico-chirurgical* (Dr Critzman, directeur). Masson et Cie, éditeurs.

La thérapeutique de l'hypertrophie de la prostate a fait dans ces derniers temps de très grands progrès ; un grand nombre de méthodes, ayant chacune leurs indications spéciales, a vu le jour; mais ces méthodes ont été indiquées dans des publications différentes que le médecin praticien et même le spécialiste n'ont pas toujours sous la main.

La présente monographie a précisément pour but de coordonner tous les travaux sur la question en une sorte de chapitre classique, de résumer en quelque sorte toute la nouvelle thérapeutique de la prostate; la rédaction en a été confiée au docteur Desnos, dont la compétence dans les maladies des voies urinaires est sans conteste. Après un court exposé des progrès actuels, l'auteur examine en détail les méthodes palliatives : le cathétérisme, les ponctions de la vessie, la cystotomie, etc. Dans le second chapitre sont étudiés les procédés destinés à amener indirectement l'atrophie de la prostate : l'auteur y passe en revue l'ingestion d'extrait de prostate, la ligature des artères iliaques primitives, la castration, la résection des canaux déférents, etc. Enfin la dernière partie de l'ouvrage est essentiellement consacrée aux multiples interventions directes sur la prostate proposées dans ces dix dernières années (cautérisation, applications électriques, prostatectomies, incision galvano-caustique, etc.) Sur chacune de ces méthodes l'auteur donne son avis, résultant de sa longue expérience.

Morale et médecine, conférences adressées aux étudiants en médecine et aux jeunes médecins, par Charles Coppens, S. J., traduction par le R. P. J. Forbes, S. J., préface et notes par le Dr Georges Surbled, lauréat de l'Académie de médecine, etc. — Un volume de 200 pages in-12°, broché 4 fr., relié en toile, 5 fr. Chez Denys Rathon, 34, rue Bonaparte.

Anatomie gynécologique, par le Dr Paul Petit. Préface de Pierre Sébileau, professeur agrégé. Un volume in-8° raisin de 207 pages, avec 32 figures originales, 16 francs. (Carré et C. Naud, éditeurs).

Cet ouvrage contient l'anatomie de l'appareil génital de la femme, d'après les travaux du Dr Farabeuf ; l'auteur a dû se livrer, pour l'écrire, à un grand nombre de dissections minutieuses car ses descriptions sont nettes et des plus claires. Peut-être sera-t-on étonné de trouver dans ce volume des noms peu connus ; il sera facile, en étudiant les nombreuses figures, de se reconnaître et de comprendre l'auteur. Ce travail est excellent, il rendra services aux gynécologues qui pourront y puiser des notions intéressantes.

Maladies de l'estomac : *manuel pratique à l'usage des médecins et des étudiants*, par le Dr Max Einhorn, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine et à l'hôpital de New-York, médecin du dispensaire allemand. Traduit de l'anglais par le Dr Ferréol T. Labadie, de New-York. 1 volume chez Masson et Cie, éditeurs.

Cette traduction française du livre de Einhorn, qui a déjà eu tant de succès à l'étranger, est conforme à la troisième édition qui paraîtra bientôt en anglais. Ce livre, éminemment pratique, contient beaucoup d'idées nouvelles et originales sur les maladies de l'estomac. On y trouvera successivement les chapitres concernant : l'anatomie et la physiologie de l'estomac; les méthodes d'examen ; la diète ; le traitement local de l'estomac; les maladies organiques avec lésions constantes; les maladies fonctionnelles avec lésions variables ; les anomalies concernant la dimension, la forme et la position de l'estomac ; les affections nerveuses de l'estomac ; l'état de l'estomac dans les maladies des autres organes. — Nous sommes persuadés que cet ouvrage obtiendra auprès des médecins et étudiants français le même succès qu'en Amérique, en Angleterre et en Allemagne.

Cours de minéralogie biologique (3e série), par J. Gaube (du Gers). Maloine, éditeur.

Ce nouveau volume contient dix-huit leçons; dix leçons sont consacrées à l'analyse minérale des muscles de l'homme, de la femme et de quelques animaux; cinq leçons sont consacrées à la reminéralisation de l'homme; les trois dernières leçons traitent des propriétés biochimiques des bactéries, des applications de l'iodobenzoyliodure de magnésium au traitement des affections bactériennes en général et au traitement de la broncho-pneumonie en particulier. Nous avons, dans ce journal, donné un article exposant les conceptions de minéralogie biologique du Dr Gaube, ce qui nous permettra d'être bref dans ce compte rendu bibliographique car ce sont les mêmes idées plus amplement développées.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée (1)

par M. KELSCH, *de l'Académie de Médecine*

I

La possibilité de la simulation ou de la dissimulation de divers états morbides a généralement tenu une certaine place dans les préoccupations du médecin militaire, aux prises avec les difficultés que lui crée sa mission de médecin praticien presque toujours doublée de celle de médecin expert ou de médecin légiste.

A la vérité, s'il est encore des sujets qui exagèrent les effets d'une maladie ou d'un traumatisme pour se libérer avec plus ou moins de profit du service militaire, il ne s'en rencontre plus guère qui recourent à la ruse pour s'y soustraire.

Les mœurs, à cet égard, se sont notablement transformées dans ces vingt dernières années. Sous l'ancienne législation, l'incorporation brisait totalement les liens qui rattachaient l'homme à ses foyers; aussi, ayant d'être assimilé à cette unité collective qui s'appelle le régiment, et qui devait être sa nouvelle famille, subissait-il parfois des luttes, des déchirements intérieurs qui troublaient profondément l'équilibre de son être moral. C'est de cette perturbation des sentiments intimes que naissait la nostalgie, ou, quand l'âme conservait encore un certain ressort, la détermination d'éluder le devoir commun par la feinte d'une maladie qui en dispensait légalement.

Aujourd'hui, il en va autrement. Le recrutement régional, la réduction de la durée de séjour sous les drapeaux, la large concession de permissions périodiques et l'obligation du service pour tous ont modifié l'état d'âme du jeune soldat. Il quitte le foyer avec la perspective d'y revenir après moins de trois ans, et surtout celle de s'y retremper souvent dans cet intervalle. La nostalgie a disparu de l'armée, et la simulation pour obtenir l'exemption ou la libération du service y est devenue exceptionnelle.

Mais il y a une autre classe de maladies qui posent aux médecins militaires des problèmes non moins difficiles que ceux des maladies simulées, maladies qui, elles, sont réelles et pourtant peuvent faire échec à la perspicacité la plus pénétrante, qui sont comme des forces pathologiques en puissance, en attendant qu'elles entrent en action ; je les ai nommées : ce sont les affections latentes. Elles tiennent une place très importante dans la pathologie militaire.

Je vous ai montré à plusieurs reprises, dans les débats soulevés ici par la tuberculose, que c'était sous cette forme perfide que la cruelle endémie s'introduisait le plus souvent dans l'armée, puisque, deux fois au moins sur cinq, on trouvait chez de jeunes soldats morts de maladies aiguës ou d'accidents divers des foyers tuberculeux anciens ou éteints que rien ne pouvait faire soupçonner, et dont l'expérience nous a appris à tout craindre. L'appréhension des affections latentes n'obséde pas seulement le médecin militaire le jour de la revision, elle se mêle aux préoccupations de sa pratique journalière, elle hante constamment son esprit. L'expérience lui a en effet appris qu'il n'y a pas que la tuberculose qui peut se dissimuler derrière les apparences de la santé. D'autres lésions sont susceptibles de s'envelopper du voile du mystère, d'évoluer dans l'ombre et le silence, et de se démasquer un jour, le plus souvent à l'occasion d'une circonstance de service, par des symptômes d'une redoutable gravité. Profondément situées et toujours limitées dans leur étendue, elles se dérobent à l'investigation clinique et restent compatibles avec l'accomplissement intégral de toutes les fonctions. Mais rivées à des organes importants, elles constituent malgré tout une menace perpétuelle pour ces dernières. Que l'organe taré soit brusquement sollicité vers un effort qui dépasse la mesure de son travail ordinaire, et la lésion se réveillera par une défaillance soudaine de la fonction, par une rupture de l'équilibre normal qui peut aller jusqu'à la mort subite ou du moins rapide. C'est de ces derniers faits que je désire vous entretenir : le sujet en vaut la peine.

Les morts subites ne sont pas rares dans l'armée, contrairement à ce que l'on pourrait attendre d'une collectivité de sujets dont les organes n'ont point encore subi l'usure que leur impriment les progrès de l'âge, la succession des maladies et les fatigues de la vie. Il en a été adressé dans ces quinze dernières années, au Comité technique de santé, près de cent observations qui ont été utilisées pour cette étude. J'en ai fait l'objet d'une courte communication au dernier Congrès de médecine. Je reprends aujourd'hui ce sujet, comme je m'y suis engagé alors, avec l'intention de le développer devant vous, et d'appuyer sur des témoignages précis les conclusions sommaires que j'ai portées naguère devant les médecins militaires français et étrangers réunis à Paris. Il va sans dire que je ne vise pas ici les morts

(1) A la demande de plusieurs lecteurs, nous publions intégralement (sauf les observations) cette remarquable communication qui intéresse à la fois le médecin militaire et le praticien, tout en faisant une réserve sur la dénomination de cardiopathies « latentes », ces maladies ayant, au contraire, une symptomatologie très nette et très précise.

Digitized by Google

subites qui surviennent dans certaines maladies où elles sont toujours à prévoir, telles que la pleurésie et la fièvre typhoïde ; il s'agit d'accidents mortels qui éclatent brusquement en dehors de tout état morbide apparent, qui jettent la consternation dans la chambrée ou dans les rangs, et qui deviennent à l'occasion justiciables d'une enquête médico-légale sans laquelle ils pourraient mettre en suspicion la sollicitude des chefs ou la vigilance du médecin.

Les faits de cette catégorie sont très disparates, eu égard à la nature et à la localisation de la cause déterminante de la mort. Dans le plus grand nombre de ceux dont se compose mon dossier, cette cause résidait dans le cœur, le cerveau ou le poumon. Les morts subites par lésions latentes de ces trois organes sont incontestablement les plus communes. Mais c'est de la mort subite par le cœur que je m'occuperai seulement aujourd'hui. Elle représente d'ailleurs la partie la plus importante de ce sujet, et à cause du nombre relativement considérable de faits qui s'y rapportent, et en raison de l'intérêt des considérations cliniques, nosographiques, et, disons-le, déontologiques qu'elle suggère.

Inaccessibles souvent, en raison de leur exiguïté, à l'auscultation et à la percussion les plus délicates, muettes, c'est-à-dire compatibles, sans trouble fonctionnel apparent, avec les exigences de la vie ordinaire, les lésions latentes du cœur sortent de leur silence sous la provocation des obligations spéciales de la profession militaire. C'est à elles que se rapportent les trois quarts des déchets dans les marches et les premières épreuves de la mobilisation. Elles se manifestent par des essoufflements, les dyspnées d'effort, les douleurs précordiales, les palpitations, les syncopes, les vertiges et souvent par la mort plus ou moins soudaine. Mon recueil ne contient pas moins d'une trentaine d'observations, trente-deux au juste, dans lesquelles le dénouement fatal est survenu brusquement, chez des hommes en apparence bien portants, généralement comme celui de marcher dans les rangs, de sauter à la piste, de faire une course ou un exercice gymnastique ; exceptionnellement, elle a lieu pendant le repos.

L'autopsie a révélé des lésions myocardiques pures : hypertrophies simples, scléreuses, scléro-graisseuses ; puis des lésions myo valvulaires, et enfin surtout des lésions myo-vasculaires, c'est-à-dire myo-aortiques (1).

Dans les six dernières observations, l'aortite constitue l'allération exclusive ou du moins dominante. Elles nous démontrent que de grosses lésions vasculaires peuvent évoluer sans réaction fonctionnelle appréciable, même quand elles affectent une marche subaiguë, comme ce fut vraisemblablement le cas dans l'observation XVII ; il est, du moins, permis de l'inférer de l'apparence des lésions nécropsiques.

Cette période silencieuse de la maladie, sur laquelle M. Huchard a fixé naguère l'attention, dure d'habitude jusqu'au jour où la compensation est rompue par l'extension au myocarde des lésions scléro-athéromateuses. Nos observations enseignent que la lésion cachée peut se démasquer d'une façon plus soudaine, brutale, par la rupture de l'aorte, qui semble être plus fréquente chez les jeunes sujets que chez les individus d'un âge avancé, probablement parce qu'ils déploient des efforts plus énergiques et plus réitérés que ces derniers.

Je vais essayer de dégager de ces faits les enseignements divers qu'ils me paraissent comporter.

II

Tout d'abord, je reconnais sans peine que les observations qui font l'objet de cette étude sont entachées de bien des lacunes. Leur histoire clinique est forcément muette puisque l'homme a été surpris par la mort au milieu de ses occupations, et avec les apparences d'une santé jusqu'alors irréprochable. Il va sans dire que plus d'une fois l'examen médical, s'il avait été sollicité par lui, eût découvert soit au cœur, soit à la circulation périphérique, quelques signes physiques au moins, révélateurs de la lésion cachée. D'autre part, les constatations nécropsiques sont parfois sommairement décrites, et il leur manque toujours d'être éclairées par l'investigation microscopique. Ces lacunes, surtout cette dernière, sont assurément regrettables. Elles nous empêchent, entre autres, de faire la part qui revient dans les lésions du myocarde, et aux scléroses dystrophiques et aux myocardites chroniques proprement dites.

Mais les faits que j'ai l'honneur de soumettre à votre attention portent néanmoins en eux des enseignements dignes d'être relevés, à savoir : la fréquence des affections idiopathiques du cœur et des gros vaisseaux dans l'armée, le silence au milieu duquel elles accomplissent souvent leur évolution, leur compatibilité avec les dures obligations professionnelles du soldat, et enfin leur rôle dans la mort subite.

Envisagés au point de vue de la localisation des lésions, ils se répartissent en trois groupes : les cardiopathies simples, autrement dit l'hypertrophie du cœur, avec ou sans surcharge graisseuse de cet organe, avec ou sans altération apparente de ses fibres; les cardiopathies avec dégénérescence valvulaire, enfin les cardiopathies aortiques, avec ou sans altérations concomitantes des valvules ou des orifices.

La question qui se présente à l'esprit, avant toute

(1) Suivent 23 observations de morts subites survenues chez de jeunes soldats.

Digitized by Google

autre, à la lecture de ces observations, est celle de la nature des lésions qui y sont rapportées, et qui ont été la cause immédiate de la mort. A l'époque où nos connaissances sur la pathologie du cœur, s'inspirant des enseignements de Bouillaud, obéissaient exclusivement à l'impulsion que leur avait donnée ce grand maître, la réponse n'eût point été difficile. Les progrès accomplis par les temps actuels dans la nosographie cardiaque ont singulièrement élargi le cadre de celle-ci, et enlevé au rhumatisme, au bénéfice d'autres facteurs pathogéniques, la place prédominante qu'il y a occupée si longtemps indûment.

Les travaux de notre éminent collègue M. Huchard ont largement contribué à cette lumineuse dissociation. C'est lui, si je ne me trompe, qui a introduit dans la nosographie cardiaque la division devenue classique des cardiopathies en valvulaires et en artérielles, les premières dues au rhumatisme, les secondes à des causes diverses : dyscrasiques (goutte), toxiques (saturnisme, alcoolisme, tabagisme), et infectieuses. La pathogénie de la doctrine régnante tient dans une formule aussi courte que précise : le rhumatisme se localise primitivement sur l'endocarde et notamment sur l'endocarde valvulaire, à l'exclusion des artères ; les lésions du myocarde y sont secondaires, et ont une signification purement compensatrice. Les agent toxiques et infectieux s'attaquent au contraire au système artériel, et causent dans l'épaisseur de ses parois des phlegmasies oblitérantes qui aboutissent, par ischémie, aux scléroses dystrophiques, para-vasculaires, et sans doute aussi par propagation au périartère, aux myocardites scléreuses hypertrophiques, interstitielles et graisseuses. Les cardiopathies artérielles procèdent de la coronarite dyscrasique, toxique ou infectieuse, et sont l'équivalent de la néphrite ou de l'hépatite interstitielle auxquelles elles sont souvent associées. Le processus scléreux s'étend quelquefois, mais toujours secondairement, aux valvules : plus habituellement il s'inscrit sur l'aorte sous forme de foyers d'athéromatose qui, déterminée par l'endartérite oblitérante des *vasa-vasorum*, est à l'aorte et aux gros vaisseaux ce que la dystrophie scléreuse est au cœur, le ramollissement au cerveau.

Ayant ainsi rapidement fixé l'état de nos connaissances sur le sujet, je reviens à mes observations, et je me demande dans laquelle des deux catégories précédentes il convient de ranger les lésions que nous y avons relevées. D'une part, le rhumatisme et les antécédents rhumatismaux ne sont nommés dans aucune d'elles, et par le fait semblent y avoir manqué complètement. D'autre part, la cardiopathie y a été fréquemment (8 fois sur 23) compliquée de lésions aortiques diverses, telles que l'aortite, l'athérome, la dilatation du vaisseau, l'anévrysme, les ulcérations et la rupture des tuniques. Or, le rhumatisme, qui recherche avant tout les appareils valvulaires du cœur gauche, s'arrête devant l'aorte. Celle-ci échappe à ses atteintes. Ses altérations permettent donc de préjuger de la signification des altérations concomitantes du cœur et de confondre les unes et les autres dans la même origine, ou du moins dans une origine similaire, en un mot de considérer nos lésions cardiaques comme des cardiopathies vasculaires. Elles portent du reste la caractéristique, le signalement sous lesquels celles-ci nous sont présentées par M. Huchard : « insidieuses dans leur début, latentes dans leur évolution, paroxystiques ». Mais il ne suffit pas d'établir leur origine non rhumatismale, il faut, autant que possible, préciser leur véritable nature.

L'idée la plus simple qui se présente à l'esprit — nous avons affaire à des militaires, ne l'oublions pas — est d'incriminer les fatigues, les vicissitudes de la profession, qui pèsent d'un poids si lourd sur le fonctionnement du cœur. Déjà, écrit M. Huchard, Bertin et Bouillaud faisaient jouer un rôle important aux exercices violents dans la production de l'épaississement, l'endurcissement, les ulcérations de l'aorte. Ils s'appuyaient eux-mêmes sur l'autorité de Boerhawe qui aurait remarqué qu'on n'observait pas d'ossification aortique chez les cerfs se nourrissant tranquillement dans les parcs, tandis qu'on les rencontre chez ceux qui se sont longtemps exercés à la course (Huchard, *Traité clinique des maladies du cœur*, p. 496). La physiologie pathologique moderne ne repousse point cette conception pathogénique, elle lui a donné une formule précise, en rapport avec nos connaissances actuelles. Elle suppose que le surmenage habituel jette dans l'économie une quantité considérable de matières extractives et de déchets de désassimilation qui, ne pouvant être éliminés au fur et à mesure de leur production, exercent, en vertu de leur nature toxique, une action irritante et nocive sur l'endartère, ainsi que sur les muscles vasculaire et cardiaque. Mais si cette interprétation est applicable à certains de nos malades, tel que le sujet de l'observation XII, qui, comme soldat de la légion étrangère, a eu à accomplir un service particulièrement pénible, aggravé par la permanence du séjour sous le ciel d'Afrique, elle ne convient pas au plus grand nombre d'entre eux. Ceux-ci, à quelques exceptions près, sont des sujets jeunes, aux prises depuis peu de temps avec les épreuves de la vie militaire ; et si l'effort a été la cause occasionnelle de la mort, on ne saurait le considérer comme facteur suffisant de la maladie.

D'où vient donc celle-ci ?

Il est aisé de répondre. Nous l'attribuons toujours à une stimulation morbide exercée sur l'appareil

Digitized by Google

cardio-vasculaire par des substances nocives, mais par des substances provenant vraisemblablement du dehors, et non pas de l'organisme lui-même, comme l'implique la conception énoncée plus haut. Ces substances sont connues : ce sont d'une part les poisons, parmi lesquels l'alcool tient la plus large place, et d'autre part les agents infectieux ou les produits de leur sécrétion.

Cette donnée est devenue aujourd'hui classique. Elle a gagné dans la pathogénie cardiaque tout le terrain perdu par le rhumatisme. Or l'alcool n'a joué qu'un rôle insignifiant dans les faits que nous avons relatés. C'est tout au plus si deux ou trois d'entre eux permettent d'invoquer sa funeste influence. Par élimination, nous arrivons à attribuer aux infections antérieures une action prépondérante, si ce n'est exclusive, dans la genèse des cardiopathies et de l'artério-sclérose qui ont causé la mort de nos sujets. La dothiénentérie, les fièvres éruptives, la diphtérie, la grippe, sont de toutes les maladies infectieuses celles qui laissent le plus volontiers sur le cœur et les vaisseaux des lésions durables, souvent d'un pronostic grave pour l'avenir, et parfois redoutables déjà dans leurs conséquences immédiates.

Mon dossier contient plusieurs observations de gangrène partielle, voire même totale, d'un membre, par endartérite oblitérante, survenue au décours de la grippe; et tout récemmment M. le professeur agrégé Simonin me montrait, dans son service de contagieux du Val-de-Grâce, toute une série de scarlatineux atteints de myocardite que traduisaient des crises alternatives de bradycardie ou de tachycardie, suivant qu'ils tenaient la position horizontale ou verticale. Et dans le service du même médecin se trouvait, il y a quelque temps, un morbilleux de dix-neuf ans, qui, après avoir présenté pendant la vie différents troubles cardio-vasculaires, parmi lesquels de l'asphyxie locale des extrémités et des ulcérations superficielles des orteils, succomba à un ictus apoplectique. L'autopsie fit découvrir entre autres lésions une endocardite diffuse, bulbo-protubérantielle, de petits foyers hémorrhagiques multiples dans le cerveau, et des plaques d'aortite ancienne et récente (un jeune homme de dix-neuf ans !).

Je ne sais que fort peu de choses sur les maladies antérieures de mes sujets, puisqu'ils n'ont pas été observés pendans leur vie. Pour quelques-uns, des renseignements posthumes ou des investigations cadavériques ont fait découvrir dans leur passé des atteintes de fièvre éruptive, de diphtérie, de grippe, de syphilis, d'impaludisme, de tuberculose localisée et latente. Pour la plupart d'entre eux, les observations restent muettes sur les antécédents pathologiques. Mais nous savons qu'il y a peu d'enfants ou d'adolescents qui ne paient pas leur tribut à l'une ou l'autre de ces maladies infectieuses : elles sont le funeste apanage de la jeunesse. Ils les subissent souvent sous ces formes frustes dont ils demeurent inconscients, et qui n'en laissent pas moins à l'occasion des traces indélébiles sur le cœur et les vaisseaux, comme les scarlatines absolument méconnues en déterminent parfois sur les reins.

Ces lésions sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. C'est sur l'endartère aortique qu'elles apparaissent le plus nettement à l'œil non armé du microscope. Mais elles échappent facilement à une investigation rapide ou superficielle, parce qu'elles ne sont pas toujours représentées par ces foyers d'endartérite en gouttes de cire, comme l'observation XVII nous en fournit un bel exemple. Le plus souvent, ce sont des points ou tout au plus de petites macules de la largeur d'un grain de mil, sans relief aucun, solitaires ou multiples, qui parsèment, la surface interne de l'aorte, à son origine, et qui tranchent sur elle par leur teinte jaune blanchâtre. J'ai été familiarisé avec la constatation de ces lésions, il y a trente ans, par notre éminent collègue M. Ranvier. C'était pendant le siège de Paris. Il dirigeait alors un service de fiévreux à côté du mien au Val-de-Grâce. Nous ouvrîmes ensemble un très grand nombre de sujets ayant succombé aux maladies dominantes à cette douloureuses époque, c'est-à-dire la fièvre typhoïde, la rougeole et la variole. Ces lésions superficielles de l'aorte étaient d'observation très courante dans nos autopsies. Et depuis cette époque je n'ai cessé de constater et d'en signaler à mes élèves la fréquence chez les jeunes soldats. Histologiquement, elles correspondent à des foyers miliaires et submiliaires de dégénérescence graisseuse de la tunique de l'aorte.

Déjà, dans la première édition de leur livre, MM. Cornil et Ranvier les considéraient comme la cause et le point de départ de l'athérome aortique, comme l'épine qui devait susciter tôt ou tard la phlegmasie dégénérative caractéristique de cet état. Cette opinion qui, émise en 1869, procédait avant tout de l'intuition, s'est confirmée à la faveur des études ultérieures sur les cardiopathies vasculaires. Nous savons aujourd'hui que les foyers quasi microscopiques de dégénération initiale de la tunique interne de l'aorte résultent directement de l'ischémie produite par l'endartérite oblitérante de ses vasa-vasorum, et que le processus athéromateux de l'aorte en bloc qui se greffe sur cette altération primordiale n'est autre chose qu'une sclérose dystrophique de ce vaisseau, assimilable à la sclérose dystrophique du cœur par oblitération phlegmasique des branches terminales des coronaires. *(A suivre.)*

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Necker. — M. H. Huchard

Colique hépatique à forme pseudo-gastralgique. — A propos de la digitale. — Iodure de sodium ou iodure de potassium. — L'emploi des amers dans l'anorexie.

Colique hépatique à forme pseudo-gastralgique.— Les formes cliniques très variables de la colique hépatique sont une des causes les plus fréquentes d'erreurs de diagnostic. Récemment encore, j'étais consulté par une femme traitée depuis des années pour une affection gastrique, se manifestant par des douleurs paroxystiques au creux épigastrique. Or il y avait chez cette femme deux circonstances très particulières : les accès douloureux survenaient assez régulièrement trois heures après le repas, et d'autre part étaient nocturnes. Ces deux particularités cliniques devaient faire penser ou à la colique hépatique pseudo-gastralgique, ou à l'hyperchlorhydrie survenant par accès. Ces deux états morbides pouvant coexister chez le même malade.

Les accès nocturnes de douleurs chez les hyperchlorhydriques, une fois que la digestion est faite en partie, s'expliquent par la vacuité de l'estomac, l'acide agissant alors plus facilement sur la muqueuse gastrique ; mais souvent aussi, les coliques hépatiques sont nocturnes, et en interrogeant la malade, on apprenait que ces douleurs procédaient par crises, c'est-à-dire qu'elle souffrait dix ou quinze jours de suite ; puis survenait une accalmie de plusieurs jours. Ce fait était ici plutôt en rapport avec la colique hépatique d'autant plus que les urines avaient un aspect particulier : elles étaient très foncées en couleur et renfermaient du pigment biliaire. En pareil cas, il arrive souvent qu'on prescrive au malade de rechercher les calculs dans les matières ; mais cette recherche pour être bien faite, est difficile, et d'ailleurs, son résultat négatif même ne permet pas de conclure à l'absence de colique hépatique. Mais, un symptôme très fréquent et qu'il ne faut jamais négliger, est constitué par la distension de la vésicule et la douleur dans la région qu'elle accupe. Ce caractère existait ici d'une façon très nette et permettait de conclure à une colique hépatique à forme pseudo-gastralgique. Cette forme est d'ailleurs fréquente et il faut bien savoir qu'un grand nombre de cas considérés comme des gastralgies appartiennent à la colique hépatique.

On a beaucoup discuté sur les causes de la lithiase biliaire et de nombreuses théories ont été émises à ce sujet. Quoique la théorie microbienne soit très en honneur, elle ne doit pas faire oublier l'influence nécessaire d'une cause prédisposante : l'arthritisme. Cette notion est indispensable pour le traitement, mais il faut avant tout calmer le spasme que produit la colique, car beaucoup de sujets ont des calculs sans avoir de coliques.

Pour cela l'injection de *morphine* qu'on a critiquée à tort est le moyen le plus efficace à employer. Mais il faut éviter à ce moment l'eau de Vichy ainsi que le massage abdominal qui, en provoquant une poussée biliaire, pourraient augmenter les accidents ; ces moyens ne sont bons que dans la période intercalaire. Il en est de même de l'*huile de Harlem*, et des *sphérulines cholagogues* de Moncour), celles-ci à la dose de trois ou quatre par jour. Voici, d'autre part (toujours pour la période intercalaire), une bonne formule de *cachets cholagogues :*

Benzoate de soude.....	10 grammes
Salicylate de soude.....	20 —

Pour 30 cachets, trois par jour au moment des repas.

Le point important réside surtout dans le régime et l'hygiène : l'absence de graisse dans l'alimentation, la régularité des repas, les exercices de corps constituent les conditions les plus favorables. Il faut y joindre aussi l'antisepsie intestinale qui est un des meilleurs moyens de s'opposer à la lithiase. Enfin, au moment des crises, je me suis parfois bien trouvé des badigeonnages de *salicylate de méthyle* au niveau de la vésicule.

A propos de la digitale. — La digitale, suivant les cas, se donne tantôt à des doses anti-asystoliques, tantôt seulement à dose sédative. Dans le premier cas, il faut employer une dose massive. Dans ce but, je n'utilise que la *digitaline cristallisée* qui a l'avantage d'être toujours comparable à elle-même. On donne un milligramme de cette digitale, c'est-à-dire 50 gouttes de la solution au millième en une ou deux fois dans le courant de la journée. Cette dose ne doit pas être renouvelée. Lorsque l'on a pu donner un purgatif et mettre le malade au régime lacté, presque toujours on voit la diurèse s'établir au bout de 24 à 48 heures et l'état asystolique se modifier.

Mais lorsqu'il s'agit de calmer l'éréthisme du cœur, il faut employer des doses beaucoup plus faibles, 10 gouttes par jour environ.

On peut prescrire la préparation de la manière suivante :

Solution de digitaline cristallisée au 1000e	Cinquante gouttes
Sirop de capillaire.....	50 grammes
Eau distillée de tilleul.....	250 —

Lorsque l'on veut administrer la dose antiasystolique, on doit donner cette quantité en un jour. Si, au contraire, on veut employer la digitale à dose sédative, on fait diviser le flacon en cinq parties égales à prendre en cinq jours consécutifs.

Digitized by Google

Dans ces conditions, la digitale peut rendre les plus grands services, mais l'écueil est précisément qu'on veut l'utiliser dans une foule de conditions où elle ne peut être utilisée et notamment dans toutes les arythmies, quelle que soit leur origine. Récemment, j'étais appelé pour un homme de 80 ans, oppressé, presque anhélant depuis un an environ et chez lequel la dyspnée, très augmentée depuis quelques semaines, empêchait tout sommeil. Les poumons ne présentaient rien à l'auscultation, et l'urine ne contenait pas d'albumine, mais il y avait une arythmie très marquée et en raison de ce seul phénomène, on lui avait prescrit de la digitale. Or, il faut bien le savoir, de tous les troubles cardiaques, l'arythmie est peut-être celui que la digitale modifie le moins. Mais, de plus, ici, elle n'était nullement indiquée

En effet, il s'agissait d'une pseudo-asystolie due à une dyspnée toxi alimentaire. En raison de son âge, cet homme avait de la sclérose artérielle et chez lui le phénomène initial était la dyspnée. C'était donc ce symptôme qu'il fallait viser, et pour cela le meilleur moyen à employer est le *régime lacté exclusif* pendant quelques jours auquel on peut joindre 1 gr. 50 à 2 grammes de *théobromine* pour favoriser la diurèse. Dans ces cas, ni la digitale, ni les médicaments cardiaques en général ne réussissent, tandis que cette médication fait disparaître les accidents presqu'à coup sûr en quelques jours. Enfin, en présence d'un homme âgé présentant de l'arythmie, et de la dyspnée faut-il surtout incriminer le système artériel; mais la digitale dans ces cas ne donne que de mauvais résultats; et elle est d'autant plus dangereuse qu'en voyant son inaction, on est porté à augmenter la dose et on arrive facilement alors à l'intoxication dont on ne reconnaît pas toujours les symptômes qui se confondent en partie avec ceux que l'on veut combattre. Cependant, lorsque chez un sujet qui prend de la digitale depuis quelque temps. on voit la petitesse du pouls, l'arythmie, la pâleur de la face bien caractéristique, les nausées, les coliques sèches, la tendance aux vertiges et aux syncopes, il faut cesser aussitôt l'emploi du médicament, puisqu'il s'agit alors d'une véritable intoxication digitalique qui trop souvent ne rétrocède pas. Le mieux est de l'éviter, et de bien se rappeler qu'il y a des arythmies *irréductibles*, véritables boiteries du cœur qui, dans la cardio-sclérose, résistent à tous les moyens thérapeutiques, et surtout à la digitale.

Iodure de sodium ou iodure de potassium ? — On discute souvent sur la question de savoir dans quelles circonstances l'iodure de sodium doit être employé de préférence à l'iodure de potassium. Le premier de ces médicaments paraît devoir être préféré lorsqu'il faut l'employer pendant fort longtemps, comme chez les sujets atteints de sclérose artérielle; car, alors, il est moins offensant pour l'estomac et, de plus, l'iodure de sodium paraît plus assimilable, il donne moins facilement lieu aux accidents d'iodisme. Pour ces différentes raisons son usage peut être préférable. On peut le donner d'après la formule suivante :

Eau distillée.....	**300 grammes**
Iodure de sodium..	**3 —**

Une cuillerée matin et soir soit 0,30 centigrammes par jour, pendant 21 jours par mois.

Continué ainsi pendant des mois, il ne supprime pas la sclérose, mais en diminuant la tension artérielle, en agissant sur la paroi vasculaire, il améliore sensiblement l'état des malades. Dans certains cas, si son action n'est pas très évidente, on le fait alterner avec l'iodure de potassium. En tous cas, cette dose (0,20 à 0,30 cent. par jour) est suffisante dans le traitement de la sclérose artérielle contre laquelle les médecins emploient d'ordinaire des quantités trop considérables d'iodure de sodium.

Dans le cas où il s'agit d'un anévrysme, qu'il soit d'origine syphilitique ou non, il faut employer l'iodure de potassium, parce qu'il a certainement une action plus énergique et qu'il est utile d'agir ici avec plus de rapidité. Il ne faudrait pas d'ailleurs considérer cette action comme relevant de la médication antisyphilitique. L'action paraît porter principalement sur la paroi, et on doit chercher par tous les moyens possibles à diminuer la tension artérielle. Mais dans ce cas particulier, il faut donner le médicament à dose assez élevée et de plus prescrire une alimentation lacto-végétarienne qui, par l'absence des toxines vaso-constrictives, est bien préférable au point de vue de la diminution de la tension vasculaire.

Un dernier fait est à noter relativement à l'usage des iodures : c'est que l'iodure de sodium n'a aucune action antisyphilitique et que, par conséquent, si, d'une manière quelconque, la syphilis paraît être en cause, il est préférable de s'adresser à l'iodure de potassium.

L'emploi des amers dans l'anorexie. — L'usage des amers a été très critiqué depuis longtemps, et un médecin allemand a démontré que l'eau ingérée avant le repas augmentait plus l'acide chlorydrique dans les sécrétions gastriques que ne le faisait l'usage des amers. Les amers donnent surtout l'illusion de la faim et je n'en prescris presque plus à mes malades. De très petites quantités d'alcalins, au contraire, données avant le repas paraissent augmenter plus sûrement la sécrétion gastrique. On peut prescrire ainsi :

Digitized by Google

Phosphate neutre de soude . .	12 grammes.
Bicarbonate de soude	6 —

Pour 50 cachets dont on prendra deux ou trois par jour, une hemi-heure avant le repas.

De plus, pour activer la digestion, on peut donner à la fin des repas un verre à madère de :

Eau distillée.	450 grammes.
Acide chlorhydrique	0,50 centigr.
Liqueur de curaçao	50 grammes.

Il est à noter qu'on donne en général des doses beaucoup trop élevées d'acide chlorhydrique ; cette substance a en effet une action de présence et non de substitution, et il n'y a par conséquent pas d'intérêt à en donner de fortes doses.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La paraldéhyde.

M. le Dr Ropiteau (*Th. Paris* 1901) dans un intéressant travail fait dans le laboratoire de M. le Pr Pouchet, vient d'étudier avec soin cette substance, et nous croyons utile d'en parler avec détails d'après ce travail, tout en le complétant au point de vue des formules d'après l'excellent traité de pharmacologie de M. Pouchet.

Découverte en 1829, par Weidenbuch, la paraldéhyde fut regardée pendant longtemps comme une simple curiosité chimique et ce ne fut qu'en 1882 seulement qu'elle pénétra comme hypnotique dans le domaine thérapeutique avec les premières expériences du professeur Cervello.

Au point de vue de la composition chimique, c'est un corps constitué par la réunion de trois atomes d'aldéhyde dont la formule est :

$$3\ (C^2\ H^4\ O) = C^6\ H^{12}\ O^3.$$

Au-dessous de 10° quand elle est pure, elle est solide, cristallisée. Au-dessus de 10°, elle se présente sous la forme d'un liquide mobile incolore, doué *d'odeur de pomme reinette*, de saveur chaude et piquante.

Elle est soluble dans 8 parties d'eau, très soluble dans l'éther et l'alcool.

Pure, elle est *cristallisée à 0°*. Toute paraldéhyde *impure est toxique* car elle renferme de l'aldéhyde valérique, produit toxique, dont la présence se reconnaît *à l'apparition de gouttelettes insolubles dans les substances aqueuses saturées de paraldéhyde*. On l'emploie comme hypnotique à la dose de 2 à 3 gr. 0/0 en solution aqueuse.

Action physiologique. — *Dose toxique*. — Lorsqu'on dépasse la dose de 2 gr. par kg. d'animal, chez le chien, la paraldéhyde est toxique et détermine la mort de l'animal. La mort est précédée d'une anesthésie complète, de la perte de tous les réflexes, du ralentissement du pouls, de la diminution du nombre des mouvements respiratoires.

Chez l'homme, on a pu en administrer jusqu'à 5 gr. sans inconvénient (Sommer). La dose maximum peut être évaluée à 8 gr.

Système nerveux. — Chez les animaux, l'action se porte d'abord sur le cerveau et surtout sur la substance grise. On observe les phénomènes de l'ivresse, qui se manifestent par un sommeil précédé ou non d'agitation. Si on élève la dose, le sommeil de plus en plus profond se transforme en coma ; la sensibilité diminue de plus en plus pour faire place à une anesthésie complète ; la bulbe et la moelle sont impressionnés à leur tour.

Les réflexes s'atténuent sensiblement, de telle sorte que, chez un animal plongé dans la torpeur par l'influence de l'injection hypnotique, il faut des excitations très considérables pour provoquer des mouvements inconscients. Toutefois, les réflexes ne sont pas complètement abolis à moins que les doses ne soient très considérables.

La paraldéhyde atteint successivent le cerveau, la moelle et le bulbe.

Elle rentrerait donc dans les corps analogues au chloral et au chloroforme qui produisent le sommeil et l'anesthésie en anémiant l'axe cérébro-spinal.

C'est donc un hypnotique dans le vrai sens du mot. Chez les animaux, Dujardin-Beaumetz, obtint avec la paraldéhyde un sommeil profond pouvant durer 24 heures et plus, ne s'accompagnant ni d'anesthesie, ni d'analgésie et l'on peut toujours par un pincement réveiller l'animal endormi.

Chez l'homme, Desnos obtient un sommeil variant de 3, 5, 6 heures, sans phénomènes d'excitation comme on le remarque chez les animaux ; chez bien des malades, le sommeil obtenu par la paraldéhyde a persisté bien après la suppression du médicament.

En général, le sommeil paraldéhyque est calme, exempt de rêves pénibles, d'agitation, suivi d'un réveil agréable. Quelquefois cependant, on observe de la céphalalgie.

D'après Von Kraft-Ebing, l'usage prolongé et à hautes doses de la paraldéhyde provoque un véritable alcoolisme chronique. Nercam, dans ses *Essais de la paraldéhyde chez les aliénés*, obtient un sommeil d'une durée de 5 à 8 heures. Le sommeil est calme et le réveil celui du sommeil physiologique.

Cependant, d'après cet auteur, il peut arriver que l'ingestion de la paraldéhyde tout en ne provoquant pas de sommeil, détermine une action dépressive notable, mais momentanée, sur le système nerveux.

Cette action dépressive se fait surtout sentir par de la pesanteur des paupières, une incertitude dans

Digitized by Google

la marche et par une diminution de la force musculaire.

Nous ne croyons pas cependant que la paraldéhyde ait une action analgésique assez intense pour permettre l'exécution d'une petite opération. Desnos, Frédérici de Palerme, Morcelli ont obtenu dans des névralgies des guérisons évidentes.

D'autres fois, on remarque une hypéresthésie généralisée à la suite d'une injection de paraldéhyde; dans d'autres cas, au contraire, on constate une diminution notable de la sensibilité tactile, douloureuse et thermique, non seulement pendant le sommeil, mais après le réveil et cela tant que l'élimination de la paraldéhyde n'est pas complètement effectuée.

La paraldéhyde est un antagoniste de la strychnine (Dujardin-Beaumetz). Coudray rapportant les expériences de Cervello, conclut que les substances tétaniques ont une action inverse de la paraldéhyde. La paraldéhyde combat les symptômes du strychnisme en empêchant qu'ils se manifestent, elle les fait cesser s'ils existent déjà. Mais l'antagonisme n'est pas absolu.

Il nous paraît vraisemblable de rapprocher ces faits observés de ceux que l'on connaît du chloral et du chloroforme et dont l'action s'explique par suite de la diminution de la réflectivité bulbo-médullaire (Pouchet).

Tube digestif. — La paraldéhyde n'a pas d'action néfaste ni sur l'estomac, ni sur l'intestin, à condition toutefois que les doses ne soient pas trop fortes et qu'il n'y ait pas une intolérance de la part du malade.

Cependant le goût d'éther butilvalérianique rappelant l'odeur de l'haleine des buveurs peut provoquer des vomissements, et c'est pour cela qu'il est utile de faire un choix dans la préparation médicamenteuse. Nous conseillons de préférence pour masquer cette odeur, l'eau de laurier-cerise, le kirsch ou la teinture de vanille ou encore l'essence de wintergreen.

D'après Kramer, la paraldéhyde n'a aucune action sur les suc. digestifs.

Sang. — Selon Quinquaud et Hénocque, la paraldéhyde engendre l'apparition de la méthémoglobine.

Hayem est de l'avis contraire.

Cœur. — Nous avons déjà esignalé l'action toxiqu et rapidement mortelle de la paraldéhyde chez le chien à la dose de 2 gr. par kilog. Lech signale la diminution de la tension sanguine avec une dose 4 ou 5 fois moindreen même temps que les mou vements du cœur deviennent plus rapides.

Ces diminutions de la pression s'expliquent par la paralysie des centres et par l'action vasodilatatrice de la paraldéhyde agissant sur les petits vaisseaux.

Appareil respiratoire. — A faible dose, on ne note aucune action sur l'appareil respiratoire; à doses plus élevées, il y a diminution d'amplitude des mouvements respiratoires par suite de l'action sur le pneumo-gastrique dont l'excitabilité est diminuée.

Donc, la paraldéhyde donnée à dose hypnotique procurera un sommeil pendant lequel les mouvements respiratoires seront peu diminués.

Mais, ce qu'il est à noter c'est que, quel que soit le mode d'introduction, elle s'élimine constamment, rapidement et presque exclusivement par les poumons.

Par conséquent, à dose mortelle, elle tue en paralysant les centres respiratoires, le cœur continuant à battre après que la respiration a cessé.

Température. — Hénocque admet que la paraldéhyde chez les animaux amène un abaissement de température proportionnel aux doses employées, par suite de la diminution des phénomènes d'échanges dans les tissus.

Hayem l'explique du fait du ralentissement du cœur et de la respiration.

Desnos n'a jamais remarqué une influence fâcheuse dans les accès fébriles chez l'homme.

Sécrétion. — D'après Coudray, la diurèse est considérablement diminuée, tandis que la salivation est augmentée, ainsi qu'on le constate chez les animaux soumis à des injections hypodermiques et chez lesquels on voit s'écouler de la gueule une bave écumeuse.

D'après Quinlan, elle serait sans effet sur le rein pas plus que sur la sécrétion sudorale. Hénocque, Chittenden, Lambert ne lui attribuent aucune propriété diurétique.

Elimination. — Elle s'élimine par les poumons en communiquant à l'haleine une odeur désagréable quand les doses s'élèvent de 3 à 4 gr.

Effets cliniques. — *Accoutumance.* — Certains auteurs admettent que l'accoutumance est rapide, d'autres, au contraire, et de ce nombre, Dujardin-Beaumetz prétendent qu'elle ne s'établit pas, et qu'on peut impunément donner pendant des mois les mêmes doses et obtenir les mêmes effets.

Accumulation. — En raison de sa rapidité d'élimination, l'accumulation devient presque impossible.

Observations cliniques et thérapeutiques. — Le plus souvent le sommeil est calme mais quelquefois il est précédé d'une période d'excitation ou d'agitation analogue à celle que détermine l'ivresse Riggi et Peretti, de Berlin, l'ont employée avec succès dans toutes les formes d'aliénation mentale, comme hypnotique et anesthésique ainsi que dans les cas d'agitation et d'insomnie. On n'a constaté ni mal de tête, ni troubles gastriques.

Elle est également préconisée avec avantage dans

Digitized by Google

les manifestations diverses de l'alcoolisme et le delirium tremens.

Citons encore son emploi contre l'agitation et l'insomnie dans l'hystérie et l'épilepsie.

Il est à remarquer que lorsque les doses faibles ou moyennes, variant de 2 à 4 gr. ont échoué, il n'y a guère de chances d'obtenir le sommeil avec des quantités plus élevées.

Les doses moyennes, quand elles amènent l'hypnose, procurent, peu de temps en général, après leur ingestion, 20 à 30 minutes, une certaine ivresse à laquelle succède un sommeil agréable, calme et réparateur.

En ce sens, la paraldéhyde serait un hypnotique supérieur au chloral et à la morphine ; le sommeil est plus calme: le réveil, plus facile, est exempt des maux de tête qui accompagnent généralement l'emploi de l'opium.

Lech n'a eu qu'à se louer de son succès dans certaines affections valvulaires avec dilatation et affaiblissement du cœur. — La paraldéhyde a régularisé le pouls, calmé l'insomnie en donnant le repos et la sédation, et a amendé l'état d'angoisse.

Même résultat dans les bronchites avec œdème du poumon et asystolie.

D'une façon générale, et tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce point, le sommeil que procure la paraldéhyde est vraiment réparateur, et ne laisse après lui ni malaise ni céphalalgie.

Rarement, on observe des nausées, vomissements ou vertiges.

Intoxications. — On n'a jamais constaté d'accidents mortels causés par l'usage thérapeutique de la paraldéhyde sous l'action de doses élevées ou par le fait de quelque intolérance individuelle.

Nercam a cependant observé une dépression accentuée qui amena de la lipothymie et un affaiblissement extrême des battements cardiaques.

Indications. — D'une façon générale, la paraldéhyde est indiquée dans tous les cas où l'insomnie constitue un symptôme pénible. Elle trouve surtout son emploi dans les maladies mentales et particulièrement dans les différentes formes de manie.

Elle a une action remarquable dans les deliriums tremens et dans l'insomnie alcoolique.

Elle est un antidote de la strychnine et de tous les tétanisants et, à ce titre, tout spécialement indiquée dans les tétanos et l'éclampsie. Enfin, elle peut rendre de réels services pour combattre la morphinomanie.

Administration et posologie. — On peut administrer ce médicament par la voie gastrique comme par voie rectale. C'est quelques minutes après l'ingestion que se produisent les effets. On peut l'administrer en potion à condition de masquer l'odeur par des substances aromatiques.

Quant aux injections hypodermiques, on peut y avoir recours, mais elles peuvent occasionner des indurations, surtout si l'on est forcé d'injecter des quantités dépassant 2 grammes.

A la suite de cette étude, nous croyons nécessaire d'indiquer la posologie de la paraldéhyde, telle que la préconise M. le Professeur Pouchet.

Un fait à retenir, en pratique, c'est qu'on ne peut pas faire dissoudre plus de 1 gr. de paraldéhyde dans 10 gr. d'eau, aussi, sera-t-on souvent obligé d'y ajouter de l'alcool. Voici les formules préconisées par M. Pouchet.

I. Paraldédyde cristallisable....	20	grammes
Alcool à 90°.....	100	—
Sirop simple.....	75	—
Teinture de vanille.....	5	—

Cette solution comprend 1 gr. 50 de paraldéhyde par cuillerée à soupe ; elle doit être diluée dans un liquide approprié, sans quoi, elle exposerait le sujet à des troubles digestifs.

II. Paraldéhyde cristallisable....	10	grammes
Alcool à 90°.....	20	—
Eau distillée bouillie.....	20	—

Une cuillerée à café représente 1 gr. de paraldéhyde et doit être diluée dans de l'eau sucrée ou une infusion aromatique : menthe, tilleul, camomille, etc.

III. Paraldéhyde cristallisable...	10	grammes
Alcool à 90°.....	48	—
Sirop simple.....	60	—
Eau distillée.....	30	—
Teinture de vanille.....	2	—

Cette potion contient 1 gr. de paraldéhyde par cuillerée à soupe.

IV. Paraldéhyde cristallisable....	10	grammes
Sirop de groseilles.....	40	—
Eau distillée de tilleul.....	120	—
Teinture de vanille	1	—

Une cuillerée à bouche contient 1 gr.

V. Paraldéhyde cristallisable....	2 à 4	gr.
Jaune d'œuf.....	N° 1	
Eau de guimauve.....	120	grammes

Pour un lavement.

On peut également employer des formules mixtes associées à KBr ou au chlorhydrate de morphine selon les formules suivantes :

VI. Paraldéhyde cristallisable....	4	grammes
KBr.....	3	—
Potion gommeuse.....	60	—
Sirop d'écces d'oranges amères.	30	—
Eau distillée.....	60	—

Ou bien

VII. Chlorhydrate de morphine...	0.01	centigr.
Paraldéhyde cristallisable....	2	grammes
Potion gommeuse....	80	—
Sirop d'écces d'oranges amères.	60	—
Teinture de vanille.....	1	—

A prendre en deux ou trois fois à 1/2 heure d'intervalle.

Voici une formule d'injections hypodermiques :

Digitized by Google

Paraldéhyde cristalisable.....	5 grammes
Eau distillée de laurier rose. / Eau distillée..... ...	ãã 15 —

Une seringe contient 0.20 centigr. de paraldéhyde.

On peut également donner des suppositoires paraffinés.

Paraldéhyde..... / Paraffine.....	ãã 3 grammes

Il convient de retenir que : 1° La paraldéhyde est contre-indiquée chez les malades soumis à la médication iodurée ; 2° elle communique à l'haleine des individus qui en ont fait usage une odeur rappelant celle des individus en état d'ivresse ; 3° la teinture de vanille est le meilleur correctif pour éviter l'odeur désagréable de la paraldéhyde.

S. R.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Les ruptures du rein. — Cet accident, d'une fréquence plus grande chez l'homme adulte, en raison des professions qu'il exerce, est favorisé par un état pathologique antérieur de l'organe : cancer, tuberculose, dégénérescence kystique, calculs. Les causes indirectes, traumatismes éloignés et contractures musculaires, produisent rarement la rupture du rein. Presque toujours, il s'agit d'une cause directe : choc direct porté dans la région lombaire par un corps pesant en mouvement ; heurt de la région lombaire par une partie dure immobile ; chute d'un lieu élevé, le corps rencontrant un obstacle saillant ; compression de la région rénale entre un plan résistant et un corps pesant en mouvement. Telle est la classification étiologique préconisée par M. Crotet (*Th. de Paris*, 1901).

La rupture peut être incomplète : c'est alors une déchirure, le plus souvent transversale, pouvant s'étendre jusqu'au bassinet. D'autres fois, la rupture est comptète, séparant le rein en deux fragments. Le péritoine, protégé par le pannicule adipeux sous-jacent, est rarement déchiré chez l'adulte.

Les symptômes qui traduisent la rupture du rein peuvent être de graves symptômes généraux, survenant immédiatement après le traumatisme : état de shok et hémorrhagies internes. Les signes locaux qui deviennent nets dès que l'état de shok est dissipé sont : la douleur lombaire, l'hématurie, l'oligurie, la rétention d'urine ; quelques heures ou quelques jours après l'accident apparaît la tuméfaction lombaire constituée par une hémato-néphrose ou un hématome péri-néphrétique. Mais le tableau clinique peut être beaucoup plus fruste : il n'y a pas d'hématurie, les douleurs rénales sont très modérées, et la palpation ne révèle pas de tuméfaction.

Par contre, des complications peuvent assombrir le pronostic, les unes mécaniques (hémorrhagie intra-péritonéale, hydronéphrose traumatique par obstruction de l'uretère), d'autres inflammatoires simples (néphrite traumatique), d'autres, et ce sont les plus graves, inflammatoires suppuratives (phlegmon péri-néphrétique, pyélo-néphrite, cystite, péritonite septique).

Les indications du traitement sont variables suivant les cas : l'intervention chirurgicale est contre-indiquée dans les heures qui suivent l'accident, lorsque le malade est en plein état de shok. Au contraire, la laparotomie doit être faite immédiatement lorsqu'il existe une hémorrhagie grave, ou encore lorsqu'on constate des signes indiquant la lésion d'un autre organe abdominal. Dans les autres cas, la nécessité et le moment d'une intervention seront basés sur l'examen attentif des symptômes généraux et des symptômes locaux. Celle ci consistera dans la laparotomie abdominale médiane lorsqu'on opère d'urgence ; dans tous les autres cas, on fera l'incision lombaire verticale ou oblique. En cas de rupture incomplète de l'organe, il faut faire la suture du parenchyme, ou à son défaut le tamponnement ; en cas de rupture complète, on fera la suture si l'un des pôles du rein seulement est détaché ; sinon, il faudra recourir à la néphrectomie. — B. H.

Endocardite ulcéreuse blennorrhagique. — Le nombre des cas d'endocardite blennorrhagique dans lesquels la démonstration de l'existence du gonocoque a pu être faite, n'est pas encore très grand. Aussi l'observation suivante rapportée par Jérôme Lartigan (*The american of the medical sciences*, janvier 1901) présente-t-il un réel intérêt.

Un homme de 20 ans est atteint d'uréthrite blennorrhagique au cours de laquelle il a de petites poussées fébriles ; huit semaines après le début, ayant perdu ses forces, il est obligé d'entrer à l'hôpital ; on constate de la fièvre et un léger souffle systolique mitral, une uréthrite purulente.

La fièvre persiste avec des irrégularités, s'accompagne de délire. Le sujet maigrit, s'anémie et meurt au bout d'un mois.

Digitized by Google

A l'autopsie, on trouva une endocardite ulcéreuse de la valvule mitrale, une uréthrite, une rate hypertrophiée avec des infarctus, de l'œdème avec congestion des poumons, etc. Le segment postérieur de la valvule mitrale est recouvert d'un thrombus et en partie détruit, les cordages tendineux sont recouverts de petits thrombus.

L'examen histologique de l'endocardite montre un foyer inflammatoire avec gonocoques contenus dans les leucocytes polynucléaires ou en dehors de ces cellules. La culture sur sérum-sang des végétations valvulaires donna des colonies de gonocoques, qu'on put transplanter sur d'autres milieux appropriés; ces microbes n'étaient point pathogènes pour le lapin.

Les autres viscères restèrent stériles; dans le sang du cœur. on trouva aussi quelques gonocoques.

Cette observation doit être rapprochée de celles de Thayer et Blumer, de Dauber et Barst, de Thayer et Lazear, de Rendu et Hallé, de Lenhartz, montrant toutes que c'est bien le gonocoque qui par sa généralisation dans le sang et sa localisation sur les valvules du cœur est la cause de l'endocardite. — E. L. M.

La diazoréaction d'Ehrlich dans la diphtérie et la scarlatine. — La diazoréaction d'Ehrlich a été recherchée dans un certain nombre d'affections, en particulier dans la fièvre typhoïde et la tuberculose. M. Lobligeois a étudié systématiquement cette réaction chez les enfants atteints de diphtérie et a déduit de ses recherches quelques conclusions intéressantes au point de vue pratique. (*Revue des maladies de l'enfance, Juin 1901).*

La réaction se recherche de la façon suivante : on prépare d'abord les trois réactifs :

A.	Acide sulfanilique.....	5 grammes
	— chlorhydrique.....	50 —
	Eau distillée.....	1 litre
B.	Nitrate de sodium.....	1 gramme
	Eau distillée.....	200 —
C.	Ammoniaque liquide.	

On verse ensuite trois gouttes de la solution B dans cinq centimètres cubes de la solution, A et on mélange avec cinq centimètres cubes d'urine. On ajoute ensuite l'ammoniaque goutte à goutte. L'acide sulfanilique se combine avec l'acide nitreux naissant pour donner une combinaison diazoïque, le sulfodiazobenzol qui, au contact des urines normales, donne une teinte jaunâtre et, au contact de certaines urines pathologiques, donne une belle coloration rouge : c'est la réaction diazoïque d'Ehrlich.

Cette réaction est très rare dans la diphtérie. Ehrlich l'a vue 1 fois sur 9 cas. Lobligeois, sur 118 cas de diphtérie, l'a vue 5 fois, et encore, si l'on défalque de ces cas, ceux où la diphtérie a été compliquée soit par la scarlatine, soit par une autre affection, la diazoréaction n'aurait été positive qu'une seule fois.

Par contre, dans la scarlatine, la diazo-réaction est très fréquente. Des diverses statistiques, il résulte qu'elle s'observe environ dans la moitié des cas.

La recherche de la diazoréaction d'Ehrlich peut donc être utilisée pour le diagnostic dans certains cas où on hésite entre un érythème infectieux scarlatiniforme survenu au cours de la diphtérie, et une infection scarlatineuse vraie.

De même, la diazoréaction s'observe avec une très grande fréquence dans la rougeole (75 fois sur 85). Sa recherche peut donc servir au diagnostic des éruptions morbilliformes et de la rougeole.—E. L. M.

La paralysie faciale tardive après les traumatismes du crâne. — Les paralysies faciales ne sont pas rares après les traumatismes crâniens, le plus souvent la paralysie est immédiate; quelquefois ainsi que Duplay, puis Demoulin l'ont montré, la paralysie survient tardivement. Stephanoff a consacré sa thèse à l'étude de cette paralysie (*Thèse Montpellier*, 1900).

Cette paralysie tardive apparaît en général vers le cinquième jour après le traumatisme, d'une façon graduelle. C'est une paralysie flasque dont le pronostic est bénin.

Elle a pour cause la compression du nerf facial par le périoste tuméfié de l'aqueduc de Fallope; le gonflement du périoste est dû soit au travail de réparation en cas de fracture du rocher, soit à une inflammation propagée de l'oreille moyenne (otite consécutive à la rupture du tympan). Elle ne permet donc point d'affirmer, ainsi que le croyait Demoulin, la fracture du rocher. — E. L. M.

CHIRURGIE

Des adénomes du rectum. — Déjà étudiés par Levesque, en 1866, Boh en 1877, Leclerc en 1897, cette question vient d'être reprise par le Dr Jodin (*Th. Paris* 1901) qui a eu l'occasion d'en observer un cas avec examen histologique.

Ces tumeurs, sans être exceptionnelles, ne sont pas d'une grande fréquence; on les rencontre chez l'enfant et chez l'adulte, mais tandis que chez le premier elles revêtent la forme de polype mou, petit et bien pédiculé, chez l'adulte, au contraire, elles sont généralement plus volumineuses, plus dures et plus sessiles.

L'étiologie de ces tumeurs nous est encore méconnue et leur origine parasitaire admise par quelques auteurs est loin d'être certaine.

Digitized by Google

Il est un certain nombre de cas dans lesquels on a constaté de véritables polyposes du rectum, de l S iliaque et même de tout le gros intestin.

Leur structure histologique est à peu près la même dans tous les cas; elle permet, comme l'a montré Quenu, de distinguer l'adénome de l'épithélioma.

Les symptômes qui dominent la scène sont constitués par des troubles mécaniques dans la circulation des matières, des phénomènes réflexes, de la rectite et des rectorrhagies. On peut observer dans certains cas des modifications de l'état général rappelant de près la cachexie.

Le diagnostic est des plus facile lorsque le polype est procident; dans tous les cas, cependant, il faudra faire le toucher rectal pour s'assurer du siège et de l'implantation ainsi que du nombre des tumeurs.

La récidive après extirpation est possible, mais c'est toujours une récidive sur place qui se fait aux dépens d'un reste de pédicule.

Le pronostic, essentiellement bénin pour l'adénome pédiculé chez l'enfant, comporte des réserves beaucoup plus grandes chez l'adulte, surtout dans les cas de prolifération polypeuse tendant à se généraliser au gros intestin. Suivant beaucoup d'auteurs, on devrait craindre dans ces cas la dégénérescence maligne.

Le traitement est l'extirpation de ces tumeurs et le procédé à employer varie suivant le volume et surtout le siège plus ou moins élevé et le nombre des tumeurs.

Tandis que les unes seront facilement abordées par les voies naturelles, les autres relèveront d'une intervention large par la voie sacrée le plus souvent.

Du cancer de l'ombilic. — L'histoire en est toute récente et parmi les derniers travaux, il faut citer le mémoire de Quenu et Longuet en 1896, la thèse de Valette en 1898, et enfin le travail du Dr Besson (*Th. Paris* 1901) qui rapporte de nouvelles observations.

Le cancer de l'ombilic, le plus fréquent des néoplasmes de cette région, est tantôt primitif, tantôt secondaire. Les observations de cancer secondaire sont de beaucoup les plus nombreuses.

Le *cancer secondaire* de l'ombilic n'a guère de symptôme exclusif autre que la possibilité, rarement réalisée, de s'accompagner de localisations ganglionnaires en quelque sorte tertiaires. Le néoplasme, dont il est la manifestation extérieure, siège par ordre de fréquence décroissante : sur l'estomac, sur l'intestin, sur le péritoine et l'épiploon, sur l'utérus et ses annexes.

L'envahissement de l'ombilic a lieu, tantôt par continuité, le néoplasme primitif intéressant un organe rétro-ombilical ou intra-ombilical, tantôt par pullulation d'un germe apporté par les voies sanguine ou lymphatique.

Le noyau ombilical secondaire reproduit le type histologique du néoplasme primitif. En règle, il s'agit de cancer à cellules cylindriques.

Le cancer secondaire comporte un pronostic fatal à bref délai.

Le *cancer primitif* de l'ombilic n'a pas de caractéristique clinique; en règle, il se développe aux dépens de la peau de l'ombilic et appartient au type pavimenteux.

Il n'est pas indéniablement prouvé que le cancer primitif ne puisse jamais appartenir au type cylindrique. Si l'on admet la possibilité d'inclusions anormales à l'ombilic, de parcelles de tissu à cellules cylindriques, le cancer primitif cylindrique est possible.

L'épithéliome cylindrique serait le résultat de la dégénérescence maligne d'un adénome diverticulaire intestinal.

Pratiquement, dans la majorité des cas, le cancer secondaire est cylindrique, le cancer primitif est pavimenteux. Il serait téméraire de conclure toujours à une relation obligatoire entre le type histologique et la variété clinique.

En cas de cancer secondaire, il est très rarement indiqué de tenter une intervention radicale. Il peut y avoir utilité à pratiquer certaines opérations palliatives.

Le cancer primitif diagnostiqué comporte au contraire une indication opératoire très nette : ablation du néoplasme en taillant dans les tissus sains (omphalectomie). Il serait imprudent de s'abstenir pour la seule raison qu'il s'agirait d'un cancer cylindrique.

De l'ossification des moignons d'amputation. — Les modifications éprouvées par les os des moignons sont très variables ; le plus souvent, l'extrémité de l'os est atrophiée, amincie, l'os devient fusiforme, de cylindrique qu'il était auparavant.

Dans d'autres cas, au lieu d'une diminution de volume, on constate une hypertrophie osseuse qui peut être très marquée; l'extrémité osseuse prend alors la forme d'une massue qui peut remplir presque tout le moignon dans lequel on ne trouve alors qu'une masse osseuse recouverte par le tégument.

Plus rarement, on constate la présence dans le moignon de végétations osseuses dont la forme et le volume sont très variables et qui présentait avec le bout de l'os amputé des rapports différents.

Parfois, ces végétations osseuses sont fixées à l'os; elles se développent alors de préférence vers la face

Digitized by Google

postérieure du moignon. D'autres fois, les productions osseuses siègent dans les parties molles du moignon et sont parfaitement séparées du squelette dont elles sont plus ou moins distantes.

Quels que soient les rapports qu'elles affectent avec le squelette, les néoformations osseuses peuvent dans certains cas acquérir un grand volume et aboutir aussi à une véritable ossification du moignon dont les parties molles sont refoulées par la néoformation osseuse envahissante.

Ces productions osseuses sont dues à la prolifération du périoste sain ou enflammé ; lorsqu'elles sont très développées le moignon devient douloureux et impotent.

Pour parer à cet accident, il faut, au cours d'une amputation, ne conserver dans le moignon que juste la surface de périoste nécessaire pour couvrir la surface de la section osseuse : on évitera avec grand soin de laisser des fragments de périoste dans les parties molles du lambeau. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Insensibilisation de la moelle par la cocaïne. — Dans une communication faite à l'Association médicale de Varsovie (4 décembre 1900) Fr. Kijewski (*Gazeta Lekarska*, nos 49 et 50, 1900) nous entretient des résultats obtenus par le procédé de Tuffier. La solution employée est à 2 0/0. Kijewski préconise pour l'aiguille de la longueur de 10 centimètres. On place le malade dans la position assise, les jambes pendantes et appuyées contre la chaise, on l'incline fortement en avant en lui recommandant d'appuyer les coudes aux genoux. Dans cette position, les vertèbres lombaires prennent un écartement maximum. On pratique l'injection au niveau de la 4e lombaire à une distance de 1 cent., 1 cent. 5 de la ligne médiane. On dirige l'aiguille en haut et en dedans pour entrer dans le sac arachnoïdien en passant à travers le ligament jaune. Il doit s'écouler alors un liquide transparent comme de l'eau. Cet écoulement prouve qu'on se trouve réellement dans la cavité arachnoïdienne. On laisse couler une quantité de liquide cérébro-spinal égale à celle de la solution de cocaïne destinée à être injectée. L'injection doit se faire très lentement — 0 gr. 50 de la solution pendant une minute, 1 m. 5.

Après l'injection, on retire immédiatement l'aiguille, on panse avec un morceau de gaze iodoformée et on attend l'analgésie.

L'auteur rapporte 11 observations dont : 2 laparotomies, 1 cure de hernie, 2 opérations d'hémorrhoïdes, 1 opération de phlegmon diffus, 1 ablation de tumeur cutanée de la verge, 4 opérations sur les os, 1 amputation de la cuisse, 2 extractions de séquestres tibiaux et 1 résection partielle du genou. Dans ce nombre, il y avait 6 hommes et 5 femmes, dont l'âge variait de 18 à 60 ans.

Une seule fois, la tentative d'anesthésie ne donna aucun résulat, parce que la solution n'avait pas pénétré dans la cavité arachnoïdienne.

D'après l'auteur, il peut exister trois causes de non réussite :

1° L'injection est mal faite et la solution ne pénètre pas dans la cavité arachnoïdienne ; 2° La cocaïne injectée peut se décomposer; 3° Le champ opératoire peut être situé au-dessus du territoire insensibilisé.

L'analgésie se manifeste généralement de 4 à 8 minutes après l'injection.

Contrairement à ce que disent certains auteurs, Kijewski prétend que la quantité de cocaïne injectée n'exerce aucune influence sur la vitesse de l'apparition de l'analgésie ; dans une de ses observations, c'est seulement 8 minutes après l'injection de 1 gr. de la solution à 2 0/0 qu'on a pu procéder à l'amputation du genou ; tandis que dans d'autres cas 0 gr. 4 de la même solution produisaient l'analgésie au bout de 4 minutes.

En général, il n'a jamais employé une grande quantité ; une seule fois seulement, il a injecté 0 gr. 02 de cocaïne (1 gr. de la solution à 2 0/0). Il se produisit alors des symptômes d'intoxication tels que l'on fut obligé de faire une injection de caféine pour relever l'activité cardiaque. Dans les autres cas, avec la moitié seulement de cette quantité, quelques-uns de ces symptômes se sont également montrés, mais très atténués. L'auteur se propose de faire à l'avenir des injections plus faibles.

La durée de l'analgésie est en général de 1 heure à 3/4 d'heure.

Les symptômes qui se produisent à l'occasion de la cocaïnisation sont : comme symptômes immédiats, sensation de chaleur dans l'abdomen, la tête et la face, pâleur de la face, dilatation pupillaire, accélération et affaiblissement du pouls, nausées et vomissements, tremblement des extrémités inférieures, sueurs abondantes, sensation de fourmillement dans les doigts. Comme symptômes consécutifs, une violente sensation de serrement dans la calotte crânienne et étourdissements, vomissements continuels, élévation de la température jusqu'à 40°, parfois parésie des membres inférieurs, troubles de la miction et de la défécation. Ces symptômes peuvent manquer en partie ou même en totalité (3 observations). Etant donnée la prédominance des symptômes circulatoires, l'auteur eut l'idée de faire dans 5 cas une injection préventive sous-cutanée de caféine, une heure ou une demi-heure avant l'opération.

L'intensité des symptômes immédiats paraît être

Digitized by Google

en proportion de la quantité de cocaïne injectée. Il n'en est pas de même pour les symptômes secondaires qui paraissent ne suivre aucune règle. La manifestation la plus fréquente, c'est les vomissements, soit pendant, soit après l'opération. L'augmentation de fréquence du pouls jusqu'à 120, 140 et plus est presque constante, mais elle est passagère — au bout de quelques minutes, elle revient à ce qu'elle était avant l'injection. Dans un seul cas, il n'y a pas eu augmentation, mais diminution légère; dans un autre cas, après une injection de 0 gr 4 de la solution à 2 0/0, elle a atteint 140, et puis brusquement est tombée à 60, ce qui obligé l'auteur à faire immédiatement une injection de caféine. L'élévation thermique a manqué dans deux cas. Enfin, dans un cas, l'auteur signale une rétention d'urine ayant duré 8 jours. Aucune de ces manifestations n'a laissé de traces durables,

Quant aux contre-indications de cette méthode, l'auteur donne les opérations qui nécessitent la position basse de la tête du malade. Il conseille de surveiller de près les malades atteints d'affections du cœur et des reins. — J. T.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action de l'extrait aqueux d'apocynum cannabinum (chanvre du Canada) sur le cœur. — M. Goloubinine publie plusieurs observations dont quatre sont rapportées avec beaucoup de détails (*J. clinique* 1901). Il a obtenu le résultat suivant : Le pouls devient de moins en moins fréquent. La diminution du nombre des contractions cardiaques dure tant que les malades prennent le médicaments. Chez les malades les moins atteints, le pouls reste lent après la suspension du médicament, tandis que chez les autres, il s'accélère. L'arythmie diminue considérablement sans disparaître toutefois. La pression sanguine augmente. Il y a augmentation très notable de la diurèse et disparition de l'albumine. Le nombre des mouvements respiratoires diminue. On administre le médicament trois, quatre fois dans les 24 heures à raison de 5 gouttes chaque fois. Il ne se produit pas de complications. Les troubles gastriques disparaissent complètement après une suspension de un, deux jours. Il est utile, pour les éviter, de mélanger la solution d'apocynum cannabinum avec une quantité égale d'infusion de cannabis indica. En somme, M. Goloubinine conclui que c'est un médicament très précieux, car il agit souvent dans les cas très graves, où les autres remèdes restent impuissants. — J. T.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les moustiques de Paris. — M. Blanchard, au nom d'une commission désignée à cet effet, termine par les conclusions suivantes, son rapport sur les mesures préventives qu'il convient de prendre contre ces hôtes incommodants.

Prophylaxie individuelle. — Dans les quartiers ou maisons envahies par les moustiques, il est indispensable de faire usage, pour se protéger pendant la nuit, de moustiquaires fixées sur un cadre. La partie supérieure de la moustiquaire doit être en tulle, comme le reste, afin de ne pas gêner la circulation de l'air ; elle doit tomber assez bas, pour qu'il soit facile de la rentrer sous le matelas quand on s'est introduit sous la moustiquaire.

Pour se protéger contre les piqûres des moustiques on peut retirer quelques avantages de lotions faites avec une macération de bois de *Quassia amara*.

Il est utile également pour chasser les moustiques de répandre dans les chambres, environ une heure avant le coucher, des vapeurs de formol, au moyen d'un brûleur à platine incandescent. Les personnes qui ne pourraient supporter l'odeur de ces vapeurs auront avantage à brûler de la poudre de Pyrèthre ou à déterminer pendant le sommeil un courant d'air au moyen d'un ventilateur électrique.

Si les moustiques qui envahissent une maison proviennent d'endroits qui échappent à l'action des habitants, les fenêtres orientées de ce côté pourront être doublées extérieurement d'un châssis fixe, sur lequel sera tendue une lame de toile métallique à mailles assez fines pour que les moustiques ne puissent les traverser.

Pour atténuer les effets de la piqûre, il est avantageux d'employer la teinture d'iode en badigeonnage. Beaucoup de substances ou de formules ont été proposées dans ce but; aucune ne rend de meilleurs services que la simple teinture d'iode.

On veillera à ce que des réservoirs, des mares ou des fossés mal entretenus autour de la maison ne servent pas au développement des moustiques. Tous les réservoirs naturels ou artificiels qui ne sont pas indispensables seront vidés; on détruira les larves de moustiques dans les autres, suivant les indications données ci-dessous.

Prophylaxie générale. — Il importe avant tout de faire disparaître les eaux stagnantes, surtout celles qui sont à proximité des maisons; de donner aux fossés, aux égouts et aux déversoirs de toute nature, une pente suffisante pour que leurs eaux s'écoulent; de supprimer tous les réservoirs naturels ou artificiels qui contiennent des eaux stagnantes sans usage.

Toutes les fois que la chose est possible, il faut remplacer l'eau stagnante par l'eau courante. Les bassins des jardins publics doivent être alimentés d'eau courante,

Digitized by Google

même pendant la nuit. Le courant doit être assez fort pour empêcher le développement des moustiques, qui viennent pondre de préférence dans les eaux dormantes ou à renouvellement très lent.

En raison de la transmission possible de certaines maladies par les moustiques (paludisme, filariose, fièvre jaune, lèpre), on surveillera d'une façon particulièrement rigoureuse les bassins, réservoirs, citernes, tonneaux d'arrosage, puisards, etc., qui peuvent exister dans les cours, jardins et autres dépendances des hôpitaux, ainsi que dans leur voisinage immédiat. On supprimera toutes les eaux stagnantes inutiles; on donnera aux autres un courant assez fort et incessant; on traitera, comme il est indiqué ci-dessous, toutes celles qui ne pourraient être ni supprimées ni rendues courantes.

Lorsque des eaux stagnantes ne peuvent pas être supprimées, à cause de leur utilité ou parce que les mesures destinées à assurer leur écoulement seraient trop onéreuses, il y a lieu de prendre des mesures pour détruire les larves de moustiques.

S'il s'agit de pièces d'eau d'une assez grande étendue, on peut assurer la destruction des larves de moustiques en entretenant des poissons dans ces pièces d'eau.

Pour détruire les larves de moustiques dans les mares, dans les pièces d'eau ou réservoirs de peu d'étendue, on se servira avec avantage d'huile de pétrole. Pour que le pétrole s'étale bien, on aura soin de le verser sur une série de points, et non en totalité au même endroit; on peut se servir, pour répandre le pétrole, d'un chiffon fixé à l'extrémité d'une perche; le chiffon imprégné de pétrole est promené à la surface de l'eau.

Le mélange d'huile de pétrole et de goudron donne des résultats plus satisfaisants encore que le pétrole pur; il tue les larves plus rapidement, et surtout il a une action plus durable, l'évaporation étant plus lente.

Il suffit d'employer 10 centimètres cubes du mélange de pétrole et de goudron par mètre carré de la pièce d'eau dans laquelle on veut détruire les larves de moustiques; il n'y a pas lieu de se préoccuper du cube d'eau.

L'opération doit être faite au printemps et renouvelée tous les quinze jours jusqu'à l'apparition des grands froids.

C'est au printemps surtout qu'il faut s'occuper de détruire les larves, avant qu'elles aient eu le temps de se transformer en insectes parfaits.

Les citernes et les réservoirs qui contiennent de l'eau destinée à la boisson doivent être couverts. Si, malgré cette précaution, l'eau de ces réservoirs se peuple de larves de moustiques, on peut procéder à la destruction de celles-ci en se servant d'huile ordinaire au lieu d'huile de pétrole.

Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée. — M. Kelsch. (Voir page 513).

Les séances de l'Académie seront interrompues pendant les mois d'août et septembre. *(30 juillet.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement des rétrécissements du rectum par la colostomie temporaire et le cathétérisme du rectum de haut en bas. — M. Chaput fait un rapport sur l'observation suivante de M. Souligoux.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-neuf ans, sans antécédents de syphilis, tuberculose, grossesse ou blennorrhagie.

En 1884, elle est atteinte de fièvre typhoïde. En 1886 débute une constipation opiniâtre; en 1891 apparaissent du ténesme rectal, du muco-pus par l'anus, des végétations anales. En 1895, on constate, outre les végétations, une bride circulaire siégeant à 5 centimètres de l'anus; plus haut on trouve une ampoule rectale à parois épaisses, recouvertes de saillies tubéreuses. Plus haut encore, l'index s'engage dans un canal étroit à parois épaisses dont on n'atteint pas la limite supérieure. On admet un rétrécissement congénital du rectum, ayant favorisé le développement d'une rectite proliférante et sténosante.

En 1895 M. Souligoux enlève seulement les végétations. En 1897 il fait une tentative infructueuse de dilatation au moyen des bougies de Hégar.

En 1899, en présence d'accidents d'occlusion chronique, M. Souligoux pratique un anus iliaque avec éperon. Quelques jours après, lavages du rectum à l'eau oxygénée, par l'anus iliaque.

Quelques semaines plus tard il sectionne la bride rectale avec le bistouri boutonné, et essaie inutilement de dilater le rétrécissement de bas en haut. Il cathétérise alors le rectum du haut en bas, par l'anus iliaque, avec une bougie œsophagienne n° 25 qui ressort par l'anus vrai. L'opérateur attache avec une soie une bougie plus grosse derrière la première, et ainsi de suite; il arrive ainsi à passer dans la première séance six bougies, dont la plus grosse a le volume du petit doigt. Ces mêmes cathétérismes sont recommencés tous les deux jours, et en un mois on passait une bougie de 2 centimètres de diamètre. La malade, sortie de l'hôpital, continua ses lavages à l'eau oxygénée; elle venait se faire dilater toutes les semaines.

Neuf mois plus tard M. Souligoux fit deux applications d'entérotome sur l'éperon, puis ferma l'intestin par une entérorraphie latérale, sans ouverture du péritoine.

Depuis lors la malade continue à se cathétériser elle-même par l'anus vrai, deux fois par semaine, avec trois bougies dont la plus grosse mesure 22 millimètres de diamètre. En avril 1901 la santé de la malade est très satisfaisante; elle a chaque jour une selle moulée, du volume du pouce.

Le bilan de cette observation se réduit à ceci : Rétrécissement du rectum rebelle à la dilatation. Anus iliaque. Nouvel essai infructueux de dilatation par l'anus vrai. Essai heureux de cathétérisme de haut en bas par l'anus iliaque, permettant la dilatation régulière par cette même voie. Fermeture de l'anus iliaque. Entretien du calibre du rectum par la dilatation de bas en haut. Excellent résultat.

Le traitement des rétrécissements du rectum est trop épineux pour que nous ne nous arrêtions pas sur ce résultat vraiment remarquable.

Les méthodes dont nous disposons actuellement contre cette affection sont : la dilatation simple, l'anus iliaque et l'extirpation du rectum.

La dilatation aidée de la cocaïsation locale est excel-

Digitized by Google

lente pour les rétrécissements peu serrés et peu élevés, mais elle est impuissante dans les conditions inverses.

L'anus iliaque n'est guère employé que comme un acte préliminaire de l'extirpation du rectum, ou à titre de dérivation palliative définitive. Les cas de colostomie temporaire suivie de dilatation par les voies naturelles, et de fermeture consécutive de l'anus iliaque, sont rares.

L'extirpation du rectum, excellente dans certains cas, a ses indications singulièrement restreintes d'abord par les rétrécissements très étendus qui se prolongent très loin sur le côlon descendant. L'extirpation est encore contre-indiquée dans les rétrécissements à parois épaisses de plusieurs centimètres, dont l'ablation est des plus graves, et qui exposent en outre au retour de la sténose par compression du rectum, lorsque celui-ci est étreint dans un couloir de tissus scléreux et rétractiles.

L'extirpation ne peut donner des résultats avantageux que si elle permet le rétablissement de la continuité du rectum; mais il faut pour cela, comme l'a dit M. Delbet, que le rétrécissement soit peu étendu en profondeur et en longueur; or de tels cas sont souvent justiciables de la dilatation simple.

Valeur du cathétérisme de l'uretère — M. Bazy. — Le cathétérisme urétéral, loin de donner des résultats précis, n'est qu'un trompe l'œil; il fatigue, fait souffrir les malades, les expose à de la fièvre et aux dangers d'une infection rénale possible. Il ne donne, au sujet de la perméabilité rénale, que des résultats inférieurs à ceux qu'on obtient par des moyens plus simples, non dangereux et plus précis.

Fistule diverticulaire de l'ombilic. — M. Kirmisson rapporte un cas de persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic, avec prolapsus de la muqueuse intestinale, chez un enfant de 5 mois; laparotomie, extirpation du diverticule, guérison. *(31 juillet.)*

BIBLIOGRAPHIE

La Léprose, par le Dr Dom Sauton. — 1 vol. de 506 pages, avec 60 figures et 5 planches hors texte, cartonné à l'anglaise. Chez Carré et Naud, éditeurs.

Durant de nombreuses années, le Dr Dom Sauton s'est spécialement consacré à la question de la lèpre ; il est allé l'étudier dans les principaux foyers du monde entier ; c'est le résultat de ces investigations qu'il consigne dans cet ouvrage dédié « à la mémoire de Pasteur ».

Il substitue au nom de « lèpre » celui de « léprose », représentant *une entité morbide parfaitement définie.*

Après avoir recherché l'origine de cette maladie, en avoir esquissé la marche dans le monde entier, Dom Sauton étudie les épidémies du moyen âge.

Après quelques considérations sur l'étiologie, il aborde les deux grands problèmes de *l'hérédité* et de *la contagion* ; il étudie la bactériologie, l'anatomie pathologique, la clinique et la pathogénie qui sont l'objet de longs développements ; l'auteur interroge les travaux les plus récents parus en France et à l'étranger ; il les analyse, les discute avec soin.

Une conclusion se dégage sous les yeux du lecteur : « L'unité nosologique de la léprose, sous un polymorphisme varié à l'infini ».

Les nombreuses manifestations de la léprose autorisent-elles à admettre, comme on le fait encore universellement de nos jours, « plusieurs espèces » ou « plusieurs formes » de lèpre, formes tégumentaires, maculeuses, tuberculeuses, anesthésiques, mutilantes, sensorielles, etc.

Non, dit le Dr Sauton ; on a des léprides, comme on a des syphilides ; de la léprose viscérale et médullaire, comme de la syphilis des viscères, de la moëlle et du cerveau, et ces léprides sont soumises à des lois de succession dans leur évolution. C'est ainsi que le type classique et complet de la léprose comprend quatre périodes :

1° *L'incubation ;*
2° *L'infection,* ou accidents primaires ;
3° *Les accidents secondaires ;*
4° *Les accidents tertiaires.*

C'est avec le même esprit clinique qu'il considère « les maladies nouvelles » : la syringomyélie, la maladie de Morvan, l'ainhum, la sclérodermie, etc... ; autant de *syndromes* dont il faut rechercher les causes, et celles-ci permettent alors de leur assigner une place légitime dans les divers cadres nosologiques.

Ces notions éclairent d'un jour nouveau la symptomatologie, les formes multiples et le diagnostic différentiel de la léprose ; elles projettent aussi de vives lumières sur la grave question de la prophylaxie.

La thérapeutique et la bibliographie sont très longuement détaillées dans cet ouvrage qui fait le plus grand honneur à son auteur.

LE TANNATE D'OREXINE

De tous les faits cliniques et expérimentaux qui ont été observés sur ce produit, on peut tirer les conclusions suivantes :

Le tannate d'orexine exerce l'influence la plus heureuse sur le phénomène de la digestion ; il active les sécrétions gastriques et agit surtout sur la production de l'acide chlorhydrique ; il stimule en outre la tonicité des parois musculaires de l'estomac et facilite l'absorption des aliments assimilables.

Doses : pour adultes 0,50 centigr., pour enfants 0,25 centigr., 2 fois par jour, 2 heures avant les repas.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les injections rachidiennes épidurales par ponction du canal sacré

Par FERNAND CATHELIN, *interne des hôpitaux*

A la fin du mois de janvier 1901, nous imaginions chez le chien, dans le laboratoire de M. le Pr Richet, à la Faculté de médecine, une nouvelle méthode d'injection intra-rachidienne; le 5 février, nous l'appliquions le premier chez l'homme dans le service de M. le Dr Lejars, à l'hôpital Tenon; le 27 avril, nous donnions nos premiers résultats à la Société de biologie dans une note intitulée : « Une nouvelle voie d'injection rachidienne. Méthode des injections épidurales par le procédé du canal sacré. Applications à l'homme (1). »

Depuis trois mois, un grand nombre d'observations montrant la valeur et les avantages de cette méthode ont été publiées par les journaux ou dans les sociétés savantes; il importe donc d'attirer aujourd'hui l'attention des praticiens sur une méthode dont les malades peuvent retirer des services appréciables. Après un rapide exposé des expériences préliminaires et des dispositions anatomiques, nous indiquerons aussi simplement que possible la technique la meilleure, les indications de cette méthode et ses principaux résultats.

DONNÉES ANATOMIQUES. — 1° Il existe sur toute la hauteur du canal vertébral un espace très étroit compris entre la dure-mère spinale et le périoste du canal rachidien. Cet espace rempli de veines peut être assimilé à une séreuse, c'est-à-dire à une cavité plus virtuelle que réelle et qui n'est bien visible qu'après déplissement des deux feuillets, au cours d'une injection par exemple.

2° Dans cet espace, appelé épidural ou sus-dure-mérien, sont étagées les racines nerveuses avant leur sortie des trous de conjugaison. Toutes ces paires rachidiennes sont d'ailleurs entourées d'une gaîne dure-mérienne. En outre, les plexus veineux y sont très riches.

3° La dure-mère s'attache en haut au pourtour du trou occipital pour adhérer au-delà à toute la table interne des os du crâne; autrement dit, *il n'y a pas d'espace épidural crânien.*

4° Au niveau des trous de conjugaison, des trousseaux fibreux solidarisent le feuillet externe de la dure-mère au périoste vertébral.

5° Enfin, tandis que la moelle finit au bas de la colonne dorsale pour se continuer par les nerfs de la queue de cheval, le cul-de-sac dural se termine, lui, à la deuxième vertèbre sacrée; au-delà, il n'existe avec les paires sacro-coccygiennes que du tissu cellulaire remplissant tout le *canal sacré*, ce dernier fermé en bas par le ligament obturateur sacré inférieur.

EXPÉRIMENTATION. — 1° Il est facile de faire pénétrer chez le chien et chez l'homme une aiguille quelconque dans le canal sacré, après perforation du ligament.

2° En injectant dans ce canal des liquides colorés (encre de Chine, bleu de méthylène) ceux-ci montent par capillarité et diffusion dans l'espace épidural plus ou moins haut suivant la quantité de liquide ou la vitesse de l'injection et jusqu'aux régions supérieures.

3° Ces solutions polychromes ne pénètrent pas dans les espaces sous arachnoïdiens ou sous-duraux, tout au moins d'une façon appréciable, ce qui écarte tout danger d'une action directe sur le cylindre médullaire, partant sur les centres cérébraux eux-mêmes, d'où l'innocuité de la méthode et une plus grande hardiesse dans l'emploi des médicaments (1).

4° L'adhérence de la dure-mère spinale à l'occipital et les trousseaux ligamenteux des trous de conjugaison arrête d'une part la progression du liquide au trou occipital et empêche d'autre part les injections de fuser latéralement.

5° Cette cavité épidurale, abordée par le canal sacré, est d'une tolérance extrême : on peut injecter plus d'un litre de liquide chez un chien de poids moyen sans aucun accident.

6° Les substances injectées agissent surtout par voie circulatoire, par osmose et dialyse au travers des riches plexus veineux qui forment presque à eux seuls tout l'espace épidural, véritable éponge veineuse douée d'un pouvoir absorbant considérable.

7° L'injection de cocaïne par voie sacrée chez le chien détermine une analgésie complète et totale de tout le corps de l'animal : cette analgésie n'existe pas chez l'homme parce que les doses maniables sans accident sont trop faibles pour la produire.

TECHNIQUE CHEZ L'HOMME. — 1° Placer le malade dans son lit soit en position latérale inclinée (en chien de fusil), soit en position genu-pectorale, les jambes fléchies sur le bassin de façon à tendre le ligament obturateur sacré inférieur.

2° Laver à l'eau savonneuse et à l'alcool la région sacrée inférieure sur une étendue large comme la paume de la main.

3° Chercher l'orifice inférieur du canal sacré. C'est un triangle isocèle à base coccygienne avec un

(1) Voir également CATHELIN. *Bulletins Société Biologie*, séances des 4 mai, 11 mai, 8 juin, 13 juillet, 20 juillet.

(1) CATHELIN. Essai d'anesthésie générale chez le chien par injection de chloral dans l'espace épidural (procédé du canal sacré). *Soc. Biol.*, 11 mai, p. 500.

Digitized by Google

tubercule aux trois sommets. Pour le repérer ; *a*) suivre la crête sacrée de haut en bas jusqu'à ce que le doigt tombe dans une légère dépression limitée latéralement par deux tubercules, qui sont les cornes inférieures du sacrum, toujours plus marquées que le tubercule supérieur ou sommet de la dernière apophyse épineuse sacrée ; *b*) si l'on sent mal la crête sacrée, chercher par tâtonnement les deux tubercules latéraux à deux centimètres environ au dessus de la rainure inter-fessière, mais comme dans la position latérale, l'une des fesses tombe sur l'autre le triangle sacré n'est plus exactement dans la continuation du pli inter-fessier ; il est à un centimètre au-dessus surtout chez des personnes grasses. La tendance est de toujours explorer trop bas, vers le coccyx où l'on sent plusieurs tubérosités qui peuvent induire en erreur.

Fig. 1. — Face postérieure du sacrum. La croix blanche indique le point d'élection de la ponction.

4° Ponctionner vers le sommet de ce V ou U osseux au-dessus de la ligne bituberculeuse (*V. fig. 1*) et sous la pulpe de l'index qui repère ce triangle, puis enfoncer l'aiguille, d'abord légèrement oblique à 10° sur l'horizontale, *pour éviter de glisser sous la peau* et jusqu'à ce qu'on ait la sensation de perforer le ligament qu'on crève comme une peau de tambour, puis abaisser le pavillon et pousser alors l'aiguille horizontalement de cinq centimètres, en restant dans un plan bien médian pour éviter la piqûre des nerfs sacro-coccygiens. L'aiguille est alors bien enclavée dans le canal sacré ; le malade peut remuer sans inconvénient (*V. fig. 2.*)

5° Pousser l'injection lentement. Jamais il n'y a d'incident. La piqure d'un nerf serait sans gravité. Une goutte de sang au pavillon de l'aiguille obligera seule à la déplacer ou à faire une nouvelle ponction ; un repos de quelques heures après l'injection est plus prudent sans être indispensable On ne doit jamais forcer, l'aiguille devant entrer comme dans un corps mou, sans difficulté.

5° A la rigueur, on peut se servir de n'importe quelle aiguille, mais celle de Pravaz est trop petite et celle à sérum ou à ponction lombaire trop grosse. Il est donc préférable d'employer celle que M. Collin nous a fournie ; aiguille de 6 cent. de longueur, de 7 dixièmes de mm. de diamètre et de 3 mm. de biseau, en acier. Celle en platine iridié se tord trop aisément. Celle en acier coûte moins cher, se stérilise facilement en la faisant passer dans la flamme d'une lampe à alcool et ne nous a jamais donné aucun ennui.

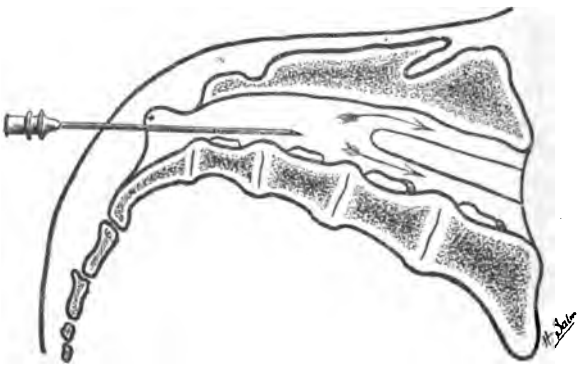


Fig. 2. — L'aiguille entrée dans le canal sacré. Les flèches qui entourent le cul de sac inférieur de la dure-mère indiquent le courant suivi par les liquides pour monter dans l'espace épidural.

Indications.

1° La méthode épidurale au point de vue de l'analgésie.

On l'emploiera dans les sciatiques, le lumbago, toutes les névralgies des membres inférieurs, les douleurs lombo-fessières ; les névralgies intercostales ; les douleurs viscérales des tabétiques ; le torticolis. Dans les arthrites sèches aiguës, dans les cancers inopérables du rectum, les fissures et crises hémorrhoïdaires, dans le vaginisme et les douleurs aiguës des cancers utérins, dans les crises douloureuses des organes abdominaux, en particulier des organes génito-urinaires

La substance à injecter est le chlorhydrate de cocaïne à 1 ou 2 0/0 à la dose de 1 ou 2 cent. cubes, mais on peut remplacer cet alcaloïde par un autre anesthésique local. Colleville (de Reims) a employé avec succès le gaïacol orthoformé. Le sérum artificiel a même donné des résultats favorables. Enfin, on peut répéter l'injection, si besoin est, deux ou trois fois à un ou deux jours d'intervalle.

2° La méthode épidurale au point de vue de l'absorption médicamenteuse générale.

Grâce au riche manchon veineux épidural, il y a là une voie toute naturelle à utiliser et l'on peut y injecter un grand nombre de médicaments solubles,

Digitized by Google

facilement assimilables, qu'on introduit dans l'économie par les voies gastrique, rectale ou sous-cutanée, et quand, pour une raison ou pour une autre, ces voies sont inutilisables, en particulier dans le cas d'injections hypodermiques mal supportées. C'est donc une voie tout indiquée pour l'injection des sels mercuriels solubles (cyanure, benzoate), chez les syphilitiques, surtout dans le cas de syphilis grave, à forme cérébro médullaire et où il faut agir vite ; de même pour l'injection de substances réputées spécifiques chez les tuberculeux dont l'estomac ne peut rien supporter ; on pourra aussi y injecter le chloral en cas de tétanos et les sérums thérapeutiques dans les maladies infectieuses.

Résultats :

1° *En chirurgie opératoire.* Bien que cette méthode m'eût donné, chez les chiens, d'excellents résultats au point de vue de l'analgésie opératoire, on n'a pu jusqu'ici, comme nous l'avons montré il y a longtemps, M. Lejars et moi, obtenir chez l'homme une analgésie chirurgicale suffisante que seule jusqu'ici donne la méthode sous-arachnoïdienne inaugurée par Corning, appliquée par Bier et vulgarisée par Tuffier.

2° *En chirurgie palliative.* Nous avons obtenu, M. le Dr Albarran et moi, chez des malades du service de notre maître M. le professeur Guyon, à Necker, de très beaux résultats, en particulier dans certains cas d'*incontinence d'urine* (1). Nous sommes arrivés, tantôt après une seule injection de 1 cc. de cocaïne à 2 0/0, tantôt après plusieurs injections, à rendre *continents* des malades urinant sous eux depuis deux ans et plus. (Tuberculose vésicale. Paraplégie. Relachement du sphincter). Dans un cas la continence est revenue diurne et nocturne pendant dix jours avec une seule injection ; dans un second cas, la continence persiste avec une injection par huitaine ; dans un troisième enfin, elle persiste depuis un mois après la dernière injection, mais le jour seulement. Ces résultats sont donc bien supérieurs à ceux obtenus dans le traitement de l'élément « douleur ».

Enfin, tout récemment, dans le service de M. Huchard, M. Bergouignan (2) a obtenu chez une malade tabétique avec crises vésicales très douloureuses, persistant sans interruption depuis trois ans, une disparition totale des douleurs avec mictions régulières et normales.

3° *En médecine générale.* Peu de tentatives ont été faites jusqu'ici. Seul M. Mauclaire a injecté de l'huile iodoformée dans le cas de mal de Pott avec foyer ouvert dans le canal vertébral ou dans le cas de pachyméningite externe tuberculeuse. Il insiste sur l'innocuité de la méthode, dans le cas particulier.

4° *En médecine palliative.* C'est surtout dans les maladies où domine l'élément « douleur » que cette méthode a été appliquée et où ses résultats rivalisent souvent avec ceux de la méthode sous-arachnoïdienne de Corning, certainement plus délicate et plus dangereuse.

Signalons les nombreuses améliorations ou guérisons obtenues dans le cas de sciatiques (Cathelin, Achard et Laubry, Leri et du Pasquier, Widal), de névralgie sacro-lombaire (Colleville, Cathelin), de névralgie intercostale et de crises gastriques tabétiques (Widal et Souques), de lumbago (Brocard et Athanase Sicard), etc...

Conclusion. — Ainsi, cette méthode épidurale par ponction du canal sacré se présente au médecin praticien sous de favorables auspices. C'est une voie intermédiaire comme action et comme effet aux voies buccale, intra-musculaire, sous-cutanée, intraveineuse et sous-durale. Elle présente presque tous leurs avantages sans en avoir les inconvénients.

Elle est plus sûre et moins incertaine que quelques-unes d'entre elles, sans demander l'appareil compliqué des injections intra-veineuse ou présenter la gravité relative d'une ponction lombaire. C'est bien une voie thérapeutique nouvelle, et dont les malades bénéficieront les premiers. Mais ce qui fait surtout qu'elle s'impose dès maintenant à l'attention des praticiens, c'est qu'elle est d'une *bénignité absolue* et, avec un peu d'habitude, d'une grande *facilité d'exécution* (1).

(1) Albarran et Cathelin. Note sur les injections épidurales de cocaïne dans certains cas d'incontinence d'urine. *Soc. Biol.*, 13 juillet, p. 757.

(2) Bergouignan. Crises vésicales du tabès. Injections épidurales de cocaïne par la méthode de Cathelin. *Soc. Biol.*, 20 juillet, p. 808.

(1) Cathelin. La ponction du canal sacré et la méthode épidurale. *Presse méd.*, 15 juin 1901.

CLINIQUE MÉDICALE

Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée (2)

par M. Kelsch, *de l'Académie de Médecine*

III

Le groupement de mes observations répond à la division introduite par M. Huchard dans les cardiopathies vasculaires, elles se répartissent entre les types myocardique, myoaortique et myovalvulaire. Les lésions concomitantes des valvules sigmoïdes et mitrales, signalées dans plusieurs d'entre elles, ne témoignent point contre leur origine vasculaire, car

(2) Suite et fin : Voir *Journal des Praticiens*, n° 33.

Digitized by Google

les cardiopathies artérielles ne ménagent point l'appareil valvulaire. Elles y provoquent, sans le concours du rhumatisme, des lésions scléreuses ou scléro-athéromateuses, dont les dégénérescences des valvules sigmoïdes dans les observations XXI et XXIII peuvent être considérées comme des types.

L'artério-sclérose, que nous sommes fondé à incriminer dans la plupart de nos faits, est une maladie générale. Mais, suivant les circonstances, suivant surtout la nature des toxines ou poisons actionnés dans sa genèse, elle recherche certains organes de préférence à d'autres. Si l'alcool est doué d'une affinité élective pour le foie, le plomb pour le rein, les agents infectieux ou leurs produits se fixent au contraire avec une prédilection marquée sur le cœur et les artères. Chez le soldat, l'appareil central de la circulation est d'autant plus exposé à leur agression, que les efforts et le travail musculaire qu'il déploie à tout instant font du cœur et des gros vaisseaux le principal centre d'activité fonctionnelle, et par suite de réceptivité morbide.

Les graves lésions rapportées dans nos observations ont évolué sans occasionner de troubles fonctionnels apparents. Est-ce paradoxal ? Nullement. Les affections du myocarde restent habituellement silencieuses. Déjà, Sénac a écrit que la mort seule peut lever le rideau qui les couvre, et Laënnec a confirmé cette appréciation de sa haute autorité. Il en est de même, le plus souvent du moins, des lésions aortiques constatées dans mes faits, de la dégénérescence de ses tuniques, de ses ulcères, de ses dilatations simples ou anévrysmales. Elles évoluent souvent sans retentissement fonctionnel appréciable, et, dans l'espèce, elles sont restées silencieuses jusqu'à la mort. Trois fois, celle-ci fut déterminée par la rupture d'un anévrisme (obs. XVIII, XIX, XX). La petitesse de celui-ci situé sur la portion ascendante de la crosse, et renfermé tout entier dans le péricarde, l'eût assurément dérobé à l'examen clinique. Il est même permis de conjecturer en raison de la minceur des parois de la poche formée simplement par la tunique externe soulevée et décollée, que sa rupture fut à peu près contemporaine de sa formation, ou du moins que celle-ci précéda de peu celle-là. On conçoit très bien que les choses se passent ainsi lorsque l'aorte amincie à son origine par la dégénérescence et l'ulcération de ses parois, un effort violent exalte momentanément la tension sanguine, ce qui eut lieu précisément dans les observations en cause (pas gymnastique, exercice d'assouplissement, exercice d'arme).

La recherche des signes physiques d'une lésion vasculaire eût été également décevante dans les observations XXI et XXII où la rupture de l'aorte s'est produite sans dilatation anévrismale préalable, sur de simples ulcérations ; dans l'observation XXIII où il n'existait qu'une dilatation légère de la crosse, avec rétrécissement de l'orifice aortique, et surtout dans l'observation XVII où la mort subite fut déterminée par l'ischémie cardiaque due à l'endartérite oblitérante des coronaires. Quant aux lésions valvulaires, leur peu de retentissement sur les fonctions n'a pas lieu de nous étonner. Reconnaissant pour cause non pas le rhumatisme mais le processus scléreux, l'hypotension artérielle qui résulte de la fermeture insuffisante des valvules, et d'où procèdent tous les symptômes habituels de cette insuffisance, est atténuée ou neutralisée par l'artério-sclérose, qui a pour effet d'agir précisément en sens contraire, c'est-à-dire d'élever la pression artérielle. « La lésion cardio-vasculaire est tout, écrit M. Huchard, la lésion valvulaire est bien secondaire.

Mais si le cœur et les gros vaisseaux ne trahissent point d'habitude les désordres dont ils sont le siège, ils n'en sont pas moins dans un état d'imminence morbide continuelle.

En ce qui concerne le cœur, la dégénérescence de ses parois est pour lui une cause de méiopragie grosse d'incessants dangers. Tel qu'il est, il suffit sans doute à sa tâche ordinaire. Mais survienne une sollicitation fonctionnelle qui dépasse la mesure habituelle, et son impuissance se démasque, ses parois cèdent, se laissent distendre, l'homme tombe dans les rangs, pendant l'exercice ou la marche, avec des signes de la cardiectasie aiguë, la tachycardie, la syncope, la dyspnée douloureuse, l'angor, l'arythmie, etc. Il meurt à brève échéance, subitement ou rapidement, ou il revient à lui si les fonctions vitales ne sont pas éteintes du coup dans le moteur central de la circulation. Nos observations enseignent que ces accidents sont provoqués chez les cardiopathes, non seulement par l'effort brusque ou prolongé, mais par d'autres causes qui ont un retentissement analogue sur le cœur, telles que l'ingestion de l'alcool, l'impression du froid sur le tégument externe, les bains par aspersion, toutes circonstances qui actionnent plus ou moins brusquement l'activité cardiaque. Nous ajoutons qu'ils sont d'autant plus à craindre que les efforts du travail musculaire s'accomplissent par une température plus élevée, parce qu'alors, le corps tend à s'échauffer progressivement, le cœur est d'autant plus actionné pour prévenir, par une réfrigération intra-pulmonaire plus active, l'hyperthermie du sang. Que d'accidents qui surviennent pendant les marches, les manœuvres et qui sont indûment attribuées au véritable coup de chaleur ! Celle-ci n'intervient qu'a titre de cause occasionnelle ; la cause directe, efficiente, est la tare latente du cœur, *hœret lateri lethalis arundo.*

Les lésions rudimentaires que les infections diver-

Digitized by Google

ses sont susceptibles de laisser sur l'appareil cardio-vasculaire n'évoluent point fatalement vers les graves dégénérescences que nous connaissons. Pour qu'elles aient des suites si redoutables, il faut vraisemblablement le concours de causes adjuvantes, telles que les efforts soutenus et réitérés, les fatigues habituelles, le surmenage, les excès divers. Or, ces multiples facteurs, qui portent surtout leurs funestes effets sur les vaisseaux et auxquels Bouillaud attribuait une si grande importance dans l'espèce, se trouvent réunis dans la profession militaire plus que dans toute autre ; ils sont inhérents à ses lourdes obligations et marquent toutes ses vicissitudes.

Et c'est sans doute pour cette raison qu'il n'est pas rare de trouver chez le jeune soldat, comme nos observations en font foi, des cardiopathies et surtout des lésions aortiques profondes qu'on n'est habitué à rencontrer que dans une période plus avancée de la vie. Notre client à nous est vraiment vieilli par ses artères.

Messieurs, les affections sur lesquelles je viens de fixer votre attention ne sont pas spéciales à l'armée, tant s'en faut. Mais elles représentent cependant un des traits caractéristiques de sa pathologie. Leur intérêt réside tout d'abord dans leur évolution silencieuse et leur réveil brusque, leur révélation soudaine dans une catastrophe finale provoquée par l'effort professionnel, tel que le pas gymnastique, le saut d'obstacles, l'exercice, la manœuvre, la marche, etc., effort qui vient surprendre inopinément le cœur et réclame de lui un déploiement d'énergie incompatible avec sa déchéance.

Elles s'imposent ensuite à nos méditations par leurs causes génératrices, qui sont de deux sortes : les unes efficientes, directes, ressortissant à des maladies infectieuses subies antérieurement, ou éventuellement à des intoxications (alcoolisme); les autres professionnelles, inhérentes aux vicissitudes de la vie militaire, qui exercent une stimulation morbide incessantes sur les lésions cardio-vasculaires créées par les premières, et les entraînent aux graves dégénérations relevées dans nos autopsies. Leur puissance est telle que, par elles-mêmes, par leur action combinée, elles sont jusqu'à un certain point aptes à réaliser ces dégénérations, sans l'amorce de la lésion préparatoire.

Et ce qui le prouve, c'est qu'elles se multiplient singulièrement pendant les guerres, qui renforcent, élèvent à leur plus haute puissance les influences pathogènes ordinaires des milieux militaires.

Tous les médecins militaires qui ont suivi les grandes guerres de la deuxième moitié du dernier siècle ont été frappés de la fréquence des cardiopathies indépendantes du rhumatisme, suscitées par elles, de ce qu'ils appellent les hypertrophies essentielles du cœur. Da Costa et Fraentzel nous ont laissé à cet égard des études intéressantes, le premier sur la guerre de la Sécession, le deuxième sur la guerre franco-allemande. Ils attribuent les nombreuses cardiopathies observées par eux aux maladies infectieuses qui se succèdent chez l'homme, depuis la courbature fébrile jusqu'à la fièvre typhoïde, depuis la diarrhée simple jusqu'à la dysenterie, puis aux fatigues et aux émotions incessantes de la lutte, aux vices du régime, aux inclémences atmosphériques, notamment au froid, qui actionne si puissamment l'appareil cardio-vasculaire, enfin aux écarts de tous genres, sans oublier l'abus des boissons spiritueuses qu'il est bien difficile de prévenir au milieu des vicissitudes si nombreuses et si variées de la guerre. Il est aisé de concevoir le mode d'action de ces divers facteurs. Les aliments défectueux, la désassimilation exagérée de la matière jettent dans le sang des masses de substances extractives qui s'y comportent à l'égard du cœur et des vaisseaux comme les toxines microbiennes et ajoutent leurs effets aux effets similaires de celles des maladies infectieuses régnantes. Les ébranlements nerveux que font naître à tout moment les péripéties de la lutte ne sont pas non plus sans exercer une influence funeste sur l'appareil de la circulation. La physiologie pathologique actuelle reconnaît aux causes morales le pouvoir d'engendrer des cardiopathies vasculaires. Or, nulle part ces causes ne sont aussi permanentes ni aussi puissantes que chez l'homme de guerre.

Le cœur physique est doublé d'un cœur moral. Les émotions sont à celui-ci ce que les fatigues et le surmenage sont au premier; les unes et les autres usent prématurément le muscle par l'excès de tension artérielle qu'elles suscitent à tout instant et qu'elles opposent à son régulier perfectionnement.

C'est à ces affections, qui, je le répète, tiennent une place importante dans la pathologie des armées en campagne, que correspondent les cardiopathies non rhumatismales dont nous nous occupons dans cette étude. Elles reconnaissent de part et d'autre des causes identiques; la guerre, en nous les montrant en quelque sorte sous un grossissement formidable, nous permet de mieux les saisir et d'en apprécier exactement la puissance.

Les faits dont je viens de vous entretenir se recommandent assurément à l'attention par leur intérêt clinique et pathogénique. Mais le médecin militaire y trouve en outre des enseignements d'un autre ordre. Ce sont pour lui de graves sujets de méditation et souvent de préoccupation. Toute mort subite à la caserne ou sur les rangs peut mettre en cause des responsabilités, et elle soulève d'autre part d'importantes questions de déontologie professionnelle.

Digitized by Google

Sans doute, frappant des individus qui, en raison du silence absolu de leur maladie, n'ont jamais eu recours au médecin, elle ne saurait être imputée au défaut de vigilance de ce dernier. Mais la question est portée plus haut. Comment ces affections s'introduisent-elles dans l'armée ? Car il est bien certain que si bon nombre d'entre elles y prennent naissance, la plupart y sont importées, à en juger par la précocité de leur manifestation, après l'entrée au service. On répond volontiers qu'elles traversent le crible de la revision à la faveur de l'inexpérience du médecin, ou du moins de la précipitation de ses actes. — Qu'il me soit permis d'en appeler de ce jugement, rendu sans autre forme de procès, et d'y substituer ce que m'ont appris trente-cinq ans d'observation au lit du malade et à l'amphithéâtre, à savoir que le jeune conscrit apporte souvent au conseil des lésions rudimentaires que la profondeur de leur situation et l'exiguïté de leur étendue dissimulent à l'investigation la plus scrupuleuse.

Ici, ce sont des adhérences pleurales qui plus tard, dans les marches forcées, sous le poids du sac et de l'armement, avec la constriction exercée sur le thorax par le col, les courroies et le ceinturon, seront la cause immédiate de ces insuffisances pulmonaires qui correspondent aux formes dites asphyxiques du coup de chaleur. Ailleurs. ce sont des ganglions tuberculeux du médiastin ou des tubercules solitaires de quelque viscère, source éventuelle de l'auto-infection dont nous avons démontré l'importance du rôle dans la genèse de la phtisie pulmonaire chez le soldat. Enfin, pour en revenir au cœur, il se présente, lui aussi au conseil avec ses tares latentes, ses brèches momentanément insaisissables. Ce sont ces foyers discrets de myocardite ou d'aortite anciennes, reliquat d'une maladie infectieuse subie dans un passé plus ou moins ancien, ou encore de simples névroses, soit héréditaires, soit acquises, qui amoindrissent sa résistance et le mettent en état d'imminence morbide. Ce serait se montrer bien exigeant que de demander à l'expert du conseil de déceler séance tenante ces lésions sans signe objectif et sans trouble fonctionnel apparent.

Telles qu'elles sont, elles ne portent aucune atteinte au jeu normal des organes intéressés ; elles sont même restées compatibles avec l'accomplissement des obligations professionnelles antérieures à l'incorporation. Mais, les dures nécessités de la vie militaire vont changer cet état de choses fait pour tromper et le malade et le médecin.

Les marches d'entraînement, si salutaires pour un organisme sain, deviennent des stimulants morbides pour ces cœurs déjà marqués du sceau pathologique. Des lésions cardio-vasculaires, à peine ébauchées, en reçoivent une impulsion funeste, qui les réveille de leur sommeil et les sollicite à l'activité pathogène. Tantôt alors, elles évoluent et accomplissent leur œuvre de destruction dans l'ombre et le silence, jusqu'au jour où elles se démasquent par la rupture aortique ou l'arrêt du cœur par cardiectasie aiguë ou ischémie. C'est ce qui a eu lieu dans les faits racontés plus haut. D'autres fois, elles se révèlent de bonne heure par des phénomènes subjectifs et objectifs, des crises de dyspnée ou de palpitations douloureuses, de sténocardie de tachycardie, d'arythmie, de dilatation aiguë du cœur. Ces désordres fonctionnels sont les motifs ordinaires d'élimination des rangs pour affection cardiaque dans les six premiers mois qui suivent l'incorporation. Ils figurent sur nos états de réforme sous les rubriques : palpitations ou hypertrophie essentielle du cœur. C'est de ces cardiopathies, non moins que des phtisies qui éclosent dans la première année de service, qu'on se plaît à dire qu'elles représentent des erreurs du conseil de revision. Il faut s'entendre. Sans doute, ce sont des erreurs. Mais est-il possible de les éviter ? Est-il juste de les imputer à faute au médecin expert ? Comment déceler des lésions aussi insaisissables par l'exiguïté de leur étendue et la profondeur de leur situation que par leur peu de retentissement fonctionnel ? Pour qu'elles émergent du mystère qui les enveloppe, il faut les puissantes sollicitations des fatigues suscitées par l'instruction et l'entraînement militaires, qui sont comme des réactifs éminemment propres à les démasquer au malade et au médecin. Ainsi que je le marquais au début, l'étude des tares pathologiques a pour nous, médecins d'armée, une importance pratique de premier ordre. Nous y trouvons un système de défense scientifique pour couvrir à l'occasion notre responsabilité professionnelle, et des indications précieuses pour établir, dans les maladies qui donnent au militaire droit de recours contre l'Etat, la part respective qui revient aux fatigues de la profession et aux prédispositions morbides de l'individu. Les progrès de la physiologie pathologique nous ont enseigné qu'une maladie infectieuse, pour être jugée et terminée dans son cours régulier, n'est pas toujours pour cela inévitablement éteinte. Elle a laissé sur certains organes ou appareils, sur le cœur et les gros vaisseaux, entre autres, des stigmates durables, ignorés du malade, tout au plus soupçonnés du médecin, destinés sans doute le plus souvent à disparaître, mais susceptibles aussi d'entrer en scène à leur tour et d'y jouer un rôle éclatant, et cela après de longues années de silence pendant lequel le souvenir de la maladie génératrice s'est complètement perdu. Si bien que l'on pourrait écrire un chapitre des plus intéressants sur les effets éloignés des processus infectieux. Que de maladies chroniques à origine obscure ou ignorée trouveraient dans une pa-

Digitized by Google

reille étude, avec leur lien d'attache naturel, leur véritable signification!

Pour en revenir au cœur, et pour en finir avec lui, car je sens que je retiens trop longtemps votre attention, je crois être autorisé à conclure de cet exposé que les cardiopathies non rhumatismales sont loin d'être rares dans l'armée, et qu'elles y sont une cause de mort subite assez fréquente, puisque, rien que pour ces dernières années, j'ai pu en réunir une trentaine de cas. Dans tous, l'évolution de la lésion cardio-vasculaire a été assez silencieuse pour détourner l'homme de la consultation médicale, pour lui permettre même de vaquer à l'accomplissement de ses rudes devoirs, jusqu'au jour où un effort brusque ou soutenu, ayant porté la tension artérielle à un degré incompatible avec la faible résistance du cœur ou de l'aorte dégénérés, la mort s'en est suivie par dilatation aiguë du premier ou par la déchirure des tuniques de la deuxième.

C'est surtout pour mettre en relief les causes de la mort subite dans l'armée, que je me suis permis de vous faire cette communication. Considéré à ce point de vue, le sujet est loin d'être épuisé, car nos jeunes soldats peuvent succomber inopinément au milieu d'accidents auxquels le cœur reste étranger, à des tares morbides insoupçonnées, que l'autopsie fait découvrir dans le poumon, dans le cerveau, voire même dans une maladie infectieuse à forme ambulatoire, telle que la fièvre typhoïde, qui sidère parfois des hommes sans apparence morbide aucune, livrés à leurs occupations habituelles.

J'aurai l'honneur de vous présenter ultérieurement des observations de cet ordre, afin de compléter avec elles l'histoire de la mort subite dans le milieu militaire. Mais il me reste tout d'abord à achever le chapitre ouvert aujourd'hui. Nous venons de voir qu'à côté des cardiopathies non rhumatismales qui tuent sans s'être dévoilées auparavant par des troubles fonctionnels apparents, il en est d'autres qui se dénoncent par des allures plus ou moins bruyantes, par des crises de palpitations, d'arythmie, de dyspnée, de sténocardie, de cardiectasie aiguë, tous accidents qui sont ordinairement provoqués par l'effort, qui sont englobés communément dans le terme générique d'hypertrophie essentielle de cet organe ou tout simplement de palpitations, et qui sont le motif le plus ordinaire des éliminations prononcées au titre du cœur dans la première année de service. C'est de ces cardiopathies, qui forment un chapitre vraiment original de pathologie militaire, que tout d'abord j'aurai l'honneur de vous entretenir dans une de nos prochaines séances.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

A quoi il faut s'en tenir sur l'arnica

Par Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Les indications de l'arnica à l'extérieur sont celles « des excitants cutanés employés dans un but résolutif des traumatismes sans plaie (Soulier) ». On applique sur les bosses sanguines traumatiques molles, fluctuantes, qu'elles soient à la tête ou en un autre point du corps. des compresses trempées, non plus comme autrefois, dans l'infusé de fleurs ou le décocté de racine (l'infusé ou le décocté ne dissolvait pas toute l'arnicine, peu soluble dans l'eau), mais dans la teinture ou mieux l'alcoolature. L'alcoolature est préférable, surtout si elle a été préparée (P. Vigier) par macération pendant quinze jours dans l'alcool des fleurs, de la tige et de la racine fraîches : la racine est plus riche en arnicine que le capitule. Or, l'arnicine paraît être le principe actif duquel relève l'action résolutive. Beaucoup d'arnicine, résolution rapide; peu, résolution lente, tardive. La glycérine aussi s'empare complètement de ce principe, au même titre que l'alcool, et M. Vigier remplace, *pro usu externo*, l'alcoolature par le glycéré d'arnica ; il obtient ce liquide brun, sirupeux, de conservation indéfinie, en laissant macérer durant quinze jours dans un kilog. de glycérine à 30° un kilo de racines, tiges et sommités fleuries fraîches. Un linge imprégné de glycérine arniquée reste plus longtemps humide qu'un imprégné d'alcoolature d'arnica. On évite les éruptions érysipéloïdes en étendant d'un tiers ou de moitié d'eau la teinture, l'alcoolature ou le glycéré. Voici encore une formule de Vigier : 20 grammes alcoolature, 50 grammes glycérine, 60 grammes eau. L'on se sert rarement du baume opodeldoch à l'arnica, plus rarement encore du taffetas à l'arnica. Il est permis d'ignorer qu'il y a un liniment antigoutteux de Masson dans l'huile duquel l'arnica macère pendant un mois.

Signalons trois mixtures dans lesquelles on trempe des compresses ou des bandes de flanelle : celle de Johnson contre l'orchi-épididymite (teinture d'arnica 80 gr., chlorhydrate d'ammoniaque 20 gr., vinaigre et eau distillée ââ 180 gr.); celle de M. Carus contre l'hydrocèle du jeune âge (eau distillée de rue 30 gr., vinaigre de rue 150 gr., teinture d'arnica 10 gr., sel ammoniac 10 gr.); celle de M. Dauchez contre les adénites scrofuleuses des enfants (teinture d'arnica, chlorhydrate d'ammoniaque ââ 10 gr., vinaigre et eau-de-vie camphrés ââ 75 gr., infusé de rue 300 gr.). Dans l'une comme dans les autres le sel ammoniac n'a-t-il pas une plus large part que la teinture d'arnica dans la guérison?

Digitized by Google

Il semble que l'on a poursuivi à la fois un but antiseptique (par l'huile essentielle et les résines) et un but résolutif (par l'arnicine) en cherchant à faire avorter le furoncle par des onctions avec les pommades à 20 gr. de miel et 10 gr. d'extrait de fleurs fraîches (Planat); à 20 gr. de vaseline, 1 gr. d'extrait, 3 gr. d'acide borique et XX gouttes de teinture de tolu (Monin), — ou par le topique de Hall : 10 gr. de fleurs, 5 gr. d'acide tannique, 5 gr. de poudre de gomme arabique, — ou par de fréquents badigeons avec quantités égales de teintures d'arnica et d'iode et d'alcool camphré (Monin), — ou par le simple sparadrap à l'arnica.

On a répandu sur les ulcères rebelles ou gangréneux, il y a une cinquantaine d'années, une poudre composée de racine d'arnica, bisulfate de quinine et camphre : d'après Stoll, la « consomption par excès de suppuration » nécessite l'usage *intus* de la poudre de racine d'arnica (4 gr. toutes les deux heures, et jusqu'à 45 gr. par jour). Les pharmacopées ont inscrit contre la « résorption purulente » un électuaire à 50 gr. de poudre de racine d'arnica, 0 gr. 05 de poudre d'opium et Q. S. de sirop (pour 10 doses, une toutes les heures). D'effet sur la résorption purulente aucun ; seul un effet tonique.

Mauvaise la méthode qui consiste à ajouter de la teinture d'arnica à l'eau blanche ; il en résulte un précipité de gallate de plomb aux dépens du sous-acétate dont l'action résolutive est diminuée. L'acide gallique révélé par l'analyse chimique dans l'arnica est, avec l'arnicine, l'agent qui fait rentrer les hémorrhoïdes quand on les recouvre de compresses trempées dans la teinture.

Les réelles vertus dentifrices de cette dernière, utilisée à la façon de l'eau de Botot après le nettoyage des dents et des gencives à la brosse, doivent être rattachées à l'action astringente de l'acide gallique, de l'arnicine et des résines dissoutes dans l'alcool de la teinture. La teinture d'arnica aromatique de Bouchardat — teinture mixte de fleurs d'arnica, de cannelle, de girofle, de gingembre et d'anis — est un dentifrice meilleur.

Nous rapportons à l'acide gallique, aux résines et à l'huile essentielle l'effet urinagogue mis jadis à profit empiriquement dans la goutte, dans la lithiase rénale, dans l'hydropisie par le professeur allemand Cartheuser, et dans des épanchements séreux considérables de la plèvre chez les enfants par le médecin bavarois Hauner en 1856 (une cuiller de deux en deux heures de 60 ou 90 grammes d'infusé à 2-6 grammes de fleurs sucré avec 15 grammes de sirop de sénéga).

Les applications externes résolutives d'arnica après un traumatisme n'allaient guère chez les anciens, quand même il n'y avait pas de traces extérieures de contusion, sans l'administration interne pendant un ou plusieurs jours d'une infusion de fleurs à dose légère (une pincée pour un bol) qu'on a remplacée par quelques gouttes de teinture ou d'alcoolature. L'activité plus grande imprimée à la circulation par le remède — c'est du moins la théorie des modernes — hâte la résorption des blastèmes.

Un de mes maîtres avait injecté, à quantités équivalentes, du sang sous la peau de deux lapins : la résorption complète de ce liquide s'étant opérée après trois semaines chez l'animal qui prenait tous les jours de l'arnica, après des mois seulement chez celui qui n'en prenait pas, il se crut autorisé à traiter par la teinture d'arnica *intus* les élevures purpuriques de la face interne des membres inférieurs des gens âgés (scorbut des vieillards); il la donnait pendant quinze jours ou trois semaines. L'arnica ne lui fournit pas de résultats positifs dans les infarctus pulmonaires.

Personne ne croit plus à la résolution, par l'arnica à l'intérieur, des engorgements de l'utérus (lisez : des métrites chroniques). Stoll avait affirmé la puissance résolutive dans la splénomégalie paludique de ses pilules à 0 gr. 10 environ d'extrait de fleurs et 0 gr. 08 de soufre dosé d'antimoine (4 par jour). Les pilules « fondantes » de Richter étaient à poudre et non à extrait de fleurs. J. Frank a été mieux inspiré qu'eux en réunissant la poudre et le sirop de quinquina à la poudre de feuilles d'arnica en un électuaire.

Les fameux « bols stimulants » à 0 gr. 20 de fleurs d'arnica, de thériaque et de camphre, n'ont pas dissipé les engorgements goutteux et rhumatismaux invétérés ; par l'arnica, ils tonifiaient les patients ; la thériaque apaisait leurs douleurs ; la thériaque et le camphre suscitaient une diaphorèse révulsive. Dans la douleur de tête le long des sutures chez les goutteux J. Frank faisait précéder de pilules diaphorétiques au gaïac et au cinnabre l'infusion de fleurs d'arnica et de feuilles de mélisse et semences de coriandre.

Certes, Majault caressait naïvement l'espoir de « fondre » les glandes strumeuses quand, dans son sirop dépuratif contre la scrofule, il ajoutait les feuilles d'arnica aux feuilles, racines et graines de plantes apéritives, sudorifiques et diurétiques.

L. Coze contait avoir guéri l'adénome du sein par l'infusion longtemps continuée d'arnica *intus* et *extra*. On peut se demander s'il n'a pas eu affaire à l'une de ces inflammations torpides d'un lobe mammaire qui rétrocèdent parfois spontanément en quelques semaines.

Le choc traumatique, l'ictus apoplectique exigent des doses intérieures élevées d'arnica : trois infusions à 5 gr. de fleurs (Soulier), soit 15 gr. dans les 24 heures. Choisissez ici les fleurs et non la racine, non les tiges : les fleurs surtout recèlent le stimulant diffu-

Digitized by Google

sible, l'huile essentielle, qui réveillera promptement de sa torpeur le système nerveux brisé, qui substituera la vaso-dilatation au spasme vasculaire généralisé, donnera de l'ampleur aux mouvements du cœur et à la respiration, ramènera la chaleur à la peau, provoquera une crise sudorale ou urinaire. Dans les cas pressés, injectez hypodermiquement une seringue de Pravaz de teinture, d'alcoolature de fleurs ou mieux de teinture éthérée d'arnica. Il ne me déplairait pas de pratiquer pareille injection pendant le stade de réfrigération du choléra avant la réaction. Entre autres drogues, la mixture auti-cholérique de Strogonof renfermait de la teinture alcoolique.

Le médecin français Collin, en 1775, et d'autres après lui, dirent grand bien des infusions de fleurs d'arnica dans les paralysies nerveuses ou fonctionnelles (on avait déjà conseillé les bols stimulants aux névropathes asthéniques); mais tous les cliniciens savent que ces paralysies disparaissent souvent, comme elles sont venues, en un instant, ou « après le premier essai d'un médicament quelconque qui frappe vivement l'imagination des malades. »

J. Frank a avancé que l'infusion à 4 grammes de fleurs est efficace dans la paralysie liée à un « épanchement sanguin » de l'encéphale. Il ne précisa pas l'époque à laquelle on peut s'adresser au médicament. mais il fit remarquer que l'hémorragie doit être « ancienne » (Coze attendait deux mois), le sujet épuisé, son pouls mou, sa face pâle.

J'ai essayé l'infusion quotidienne à 5 grammes, ou 2 grammes par jour d'alcoolature de sommités dans l'hémiplégie par embolie ou par thrombose cérébrale dès le 15e ou le 20e jour de l'attaque. Après une semaine le malade sort de son apathie, accuse dans les membres paralysés des picotements, des secousses. J'ai renforcé l'action hypercinétique de l'arnica par celle de la noix vomique : 6 à 8 pilules *pro die* à 0 gr. 02 de poudre de fleurs d'arnica et 0 gr. 02 d'extrait alcoolique de noix vomique. Avant de prescrire l'arnica, interrogez les réflexes tendineux : s'ils sont exagérés, abstenez-vous.

Le traitement par l'infusion forte d'arnica (J. Frank) da la chorée « due à des violences sur la tête ou sur l'épine » n'a pas prévalu.

Sont justiciables de l'huile essentielle, qui s'élimine a la surface des muqueuses ou impressionne les fibres lisses des viscères : 1° l'action expectorante de l'arnica dans les bronchites catarrhales chroniques des vieillards (poudre de Behrens aux fleurs, au sel ammoniac et au camphre), dans la coqueluche (infusion de Gentil à 2-4 gr. de fleurs dans 120 gr. d'eau); 2° son action auxiliaire des effets carminatifs de la poudre de meum (Dujardin-Beaumetz) ou des effets toni-stomachiques du faltrank ou thé suisse; 3° son action emménagogue (Behrens); 4° son action impulsive sur la vessie paralysée (Askoff).

L'arnica *intus*, à doses massives, n'a pu amender que les amauroses indépendantes de lésions organiques de la rétine ou du nerf optique ; on a augmenté le discrédit du collyre de Newmann à l'infusé d'arnica en s'en servant inconsidérément contre la cataracte. Escolar, qui avait attaqué l'héméralopie par l'infusion *per os*, n'a pas eu d'imitateurs.

L'excito-moteur qu'est l'arnica est utile dans l'adynamie des fièvres malignes. Collin, Stoll eurent le mérite de saisir cette indication. S'il n'y avait pas de diarrhée, ils formulaient l'infusion de 15-60 gr. de fleurs dans 2 litres d'eau (une demi tasse ou une tasse toutes les heures); s'il y avait de la diarrhée, la décoction de 2 à 30, à 45 gr. de racine, ou la poudre de racine à laquelle Stoll joignait le sel ammoniac ; ils combattaient, du reste, la dysenterie épidémique et la diarrhée des tuberculeux par la poudre de racine (3 à 4 gr. chaque deux heures). La teinture, l'alcoolature d'arnica (2 à 4 gr.), mélangée avec celles de serpentaire, de vanille, de cannelle et d'autres, jusqu'à concurrence de 60 grammes seulement dans le julep des 24 heures, remontent mieux l'organisme que l'eau-de-vie, le rhum ou le cognac. Mais Stoll a eu le tort de soutenir que l'arnica est un préventif des fièvres paludéennes tierces ou quartes supérieur au quinquina.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Emploi de l'acide lactique dans les affections du cuir chevelu. — Balzer a utilisé les propriétés excitantes de l'acide lactique, pour rétablir, dans l'alopécie, les fonctions des follicules pileux et des papilles atrophiées.

Il faut d'abord commencer par faire lotionner la tête avec des solutions antiseptiques. On pourra avoir recours à l'une des lotions suivantes que le malade emploiera après s'être fait couper les cheveux tout à fait ras et s'être nettoyé au savon :

1. Sublimé corrosif		0 gr. 20
Acide acétique		1 gramme
Alcool à 90°	100	—
Ether sulfurique	ãã 50	—
Alcoolat de lavande		
2. Sublimé		0 gr. 10
Chloral		1 gramme
Acide formique	1	—
Alcool	100	—

Le cuir chevelu séché est ensuite frictionné avec une solution d'acide lactique dans la proportion d'une partie pour deux d'eau distillée. Si l'irritation est trop forte on étendra davantage la solution.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

La soldanelle et le grand liseron

La famille des convolulvacées fournit aux officines deux liserons exotiques : le jalap et la scammonée dont la réputation solidement établie semble défier l'emploi de leurs succédanés appartenant au même groupement botanique.

Cependant, deux voisins de classification de ces plantes qui croissent sur notre sol, sont doués comme elles de propriétés drastiques énergiques longtemps mises à profit, ce sont :

1° *Le grand liseron*, le major des convolvulus, qui n'est plus apprécié sous le nom imagé de manchettes de la Vierge, que pour ses qualités de plante d'ornement.

2° *La soldanelle*, qui guérissait tous les hydropiques des Pays-Bas, et qu'Haller, un jour d'enthousiasme, proposa d'appeler scammonée d'Allemagne.

Les racines des deux liserons indigènes (1) possèdent la plus grande analogie, tant au point de vue de leur composition chimique que par leurs propriétés physiologiques, avec le jalap et la scammonée, et ne méritent pas l'oubli dans lequel elles sont tombées.

Leur principe actif est également constitué par des résines, mélange de glucosides dont l'étude, un instant ébauchée par Planche et Chevalier, reste malheureusement inachevée.

Le tableau suivant donne, d'après les deux auteurs précités, la proportion de résine fournie par les 4 convolvulacées.

	Résine
Jalap (racine)	96 0/00
Grand liseron (racine)..	50 —
Scammonée (suc).....	75 —
Soldanelle (racine).....	51 —

Le rendement des racines en résine varie suivant la nature du sol dans lequel la plante a végété, dépend aussi de la température de l'année pendant laquelle s'est effectuée la récolte : ce fait est également vrai pour la racine de jalap et pour la racine de nos deux liserons.

La résine de grand liseron, comme la résine de jalap, est insoluble dans l'éther ; la résine de soldanelle possède la plupart des propriétés de la résine de scammonée dont elle partage la solubilité dans l'éther.

(1) Le grand liseron *(Convolvulus sepium ; C. major)* croît dans toute la France.

La soldanelle *(C. soldanella)* se trouve sur toutes nos côtes, dans les sables.

Le mécanisme de l'action purgative de ces résines est identique ; il a été démontré par Bernatzki pour la résine de jalap à laquelle on pourrait substituer indifféremment pour la démonstration une des trois autres.

Mise au contact d'une muqueuse humectée de liquide alcalin, la résine de jalap l'irrite : or le milieu intestinal a une réaction alcaline ; de plus, parvenue dans le duodénum, la résine va subir le contact de la bile, du liquide pancréatique, alcalins tous les deux ; or, si parmi les éléments de la bile la taurine ne possède aucune action dissolvante sur la résine, les autres, au contraire, le taurocholate, le glycocholate de soude la dissolvent et lui permettent ainsi d'exercer son action irritante et par suite de purger ; la preuve directe en est fournie par ce fait : si l'on soustrait à l'action de la bile la résine de jalap introduite dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin, la purgation ne se produit plus.

Il semblerait, d'après les résultats fournis par l'usage, que les résines de liserons indigènes seraient moins solubles dans les milieux alcalins ; c'est à ce fait qu'il faudrait attribuer : *a)* le peu de saveur de ces deux résines ; or, c'est à la propriété que possède la salive alcaline de dissoudre la résine de jalap qu'il faut attribuer la saveur acre que développe celle-ci dans la bouche ; *b)* la faible irritation qu'elles provoquent sur l'intestin et qui se traduit, agréablement pour le patient, par l'absence de coliques trop violentes.

Les deux liserons indigènes constituent des purgatifs drastiques de grande valeur qui ne le cèdent en rien au jalap ou à la scammonée, Haller, Coste et Wilmet, Loiseleur, Deslongchamps, Bodard, Cazin, sont d'accord sur ce point.

La saveur acre de la résine de jalap, saveur très persistante, produit une légère constriction de l'œsophage et de l'arrière-bouche, excite le crachotement : à la dose de 0,30 à 0,40 centigrammes elle produit au bout de 2 ou 3 heures des selles molles sans coliques.

La résine de scammonée possède une saveur douce, un peu nauséeuse ; à la dose de 0,40 à 0,60 centigr., elle provoque des évacuations d'une à quatre heures après son ingestion. Les premières selles sont solides ; les autres liquides ; elle est peu cholagogue ; elle est préférée généralement à celle de jalap, parce qu'elle est aussi efficace qu'elle tout en étant moins irritante.

La résine de grand liseron, à la dose de 0,75 à 1 gramme, produit les mêmes effets que la résine de scammonée, est aussi cholagogue que la résine de jalap ; elle est beaucoup moins irritante que les deux

Digitized by Google

premières sans que ses effets purgatifs en soient moins certains.

La résine de soldanelle jouit d'une saveur aromatique qui tient à la fois de celle de l'ambre gris et de celle de la vanille ; elle ne détermine ni la constriction de l'arrière-bouche, ni le crachotement que provoque le jalap : à la dose de 0,75 à 1,20 elle produit les mêmes effets que les résines précédentes. Cette résine est anthelmintique au même titre que la résine de jalap.

Outre la résine, le suc laiteux épaissi du grand liseron, recueilli et préparé comme celui de scammonée, à la dose de 1 gramme, agit mieux que la plupart des autres purgatifs contre les hydropisies.

La poudre de racine de soldanelle, à la dose de 2 à 4 grammes, la teinture à 1/5, à la dose de 15 à 20 grammes, ont donné les meilleurs résultats comme hydragogues dans les hydropisies passives, les engorgements atoniques des viscères abdominaux, la constipation par inertie des intestins; la teinture maniée par Cazin lui a fourni des résultats en tous points comparables à ceux de l'eau-de-vie allemande.

Emulsion purgative :

Suc épaissi de grand liseron...	1	gramme
Sucre..... }	ãã 10	—
Miel..... }		
Lait.....	110	—
Eau de laurier cerise.....	5	—
F. s. a.		

Emulsion de soldanelle :

Résine de soldanelle.....	0 gr. 80	
Sucre.....	6	grammes
Gomme arabique pulvérisée...	6	—
Eau de fleurs d'oranger.....	2	—
Sirop de coings (1).....	20	—
Eau distillée. .... Q. S. pour	100	—
F. s. a.		

Une curieuse remarque, faite par Chevalier, au sujet de la résine d'un autre liseron, le convolvulus arvensis, paraît également s'appliquer aux principes actifs des deux convolvulus indigènes : émulsionnée à l'aide d'un jaune d'œuf, leur résine détermine de violentes coliques mais purge mal ; en substituant au jaune d'œuf un mucilage de gomme arabique, l'effet purgatif se produit dans toute son ampleur, sans coliques.

Teinture de soldanelle composée ou Eau-de-vie française :

Suc de liseron épaissi.... ...	40	grammes
Racines de soldanelle.....	60	—
— de bryone	20	—
Alcool à 80°.....	1000	—

Faire macérer 8 jours, passez avec expression, filtrez. — Dose de 10 à 20 grammes.

Pilules hydragogues :

Digitale pulvérisée.....	1	gramme
Suc de soldanelle épaissi.....	1	—
Poudre de bryone.....	0 gr. 75	

Pour 20 pilules. — 4 par jour. A. B.

(1) La saveur agréable de cette préparation atténue l'acreté de la résine : je ne vois pas dans la composition du sirop de coings les éléments contre indiquant sa présence dans une émulsion purgative. 20 grammes de sirop de coings contiennent 0 gr. 0006 de tanin.

CHIRURGIE

De la hernie inguino-interstitielle. — C'est une variété rare de hernie inguinale, variété aussi rare que grave. L'ectopie testiculaire qui la complique, les dangers d'étranglement auxquels elle est tout particulièrement sujette, la difficulté du diagnostic pour un praticien non prévenu, lui confèrent une importance de premier ordre.

D'après le Dr Mathevet, qui vient de lui consacrer un travail intéressant (*Th. Paris* 1901), la hernie inguino-interstitielle est une hernie congénitale qui paraît due à la persistance du canal vagino-péritonéal dans son trajet inguinal et à son oblitération plus ou moins complète au voisinage de l'anneau externe.

Cette persistance du canal péritonéo-vaginal s'observe surtout dans les cas d'ectopie inguinale du testicule, ectopie qui paraît jouer un grand rôle dans la production de cette variété da hernie à laquelle le testicule adhérent au sac péritonéal et retenu en outre par un cordon lui-même très adhérent ou trop court ferme en quelque sorte l'orifice externe du canal inguinal et barre la voie du scrotum.

Dans presque tous les cas de hernie interstitielle bien définie, le testicule a été trouvé à l'intérieur du sac, en contact immédiat avec l'intestin ou l'épiploon et en ectopie inguinale.

En conséquence, on doit donc réserver le nom d'inguino-interstitielle à une hernie congénitale qui engagée dans un sac herniaire préformé par la persistance du canal péritonéo vaginal et trouvant une barrière infranchissable au niveau de l'orifice externe, reste incluse dans le canal inguinal qu'elle dilate, puis dissocie les muscles larges de la paroi abdominale et s'insinue dans leur interstice.

Ce serait être trop exclusif que de ne pas ranger dans cette variété des hernies réellement interstielles, par la seule raison qu'elles sont devenues en partie scrotales, après avoir été longtemps nettement et uniquement interstitielles au sens strict du mot.

L'absence de testicule dans le scrotum mettra sur

Digitized by Google

la voie du diagnostic qui confirmera la présence dans la région inguinale, au-dessus de l'arcade de Fallope, d'une tumeur de forme généralement aplatie, de volume très variable, faisant un relief plus ou moins appréciable suivant l'embonpoint ou la maigreur du sujet, relief qui peut se limiter au trajet inguinal distendu, ou remonter jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure ou l'ombilic.

Le traitement de cette variété de hernie est exclusivement chirurgical, pour une double raison : parce que l'étranglement est fréquent et grave, et parce qu'il faut remettre en place le testicule afin qu'il puisse jouer son rôle et ne pas s'atrophier ; on aura donc tout intérêt à pratiquer de bonne heure la cure radicale et l'orchidopexie. — J. H. M.

VOIES URINAIRES

Troubles psychiques dans les affections génito-urinaires chez l'homme. — On a décrit sous le nom de neurasthénie génitale, d'hypochondrie génito-urinaire, un ensemble de troubles morbides d'intensité et de durée plus ou moins grandes atteignant l'homme dans sa vie psychique à l'occasion d'affections aiguës, chroniques, et de troubles fonctionnels de l'appareil génito-urinaire. Les uns ont voulu voir dans ces troubles les réactions excessives d'un cerveau primitivement déséquilibré; d'autres ont prétendu qu'un examen clinique attentif de l'appareil incriminé permettait de déceler la lésion, les troubles fonctionnels organiques, causes efficientes du désarroi moral du malade; en réalité il ne faut pas être exclusif.

L'influence qu'exercent les affections génito-urinaires sur l'état mental de l homme est indiscutable et caractéristique. Quel que soit le degré de résistance psychique du sujet, cette influence s'affirme toujours par une série de troubles psychiques plus ou moins graves dont la physionomie trahit l'origine toute spéciale.

Les idées mélancoliques et hypocondriaques sont ici dominantes; elles traduisent la dépression mentale, souvent profonde, du malade atteint d'une affection génito-urinaire. Elles sont en corrélation intime avec un sentiment de déchéance virile, d'amoindrissement physique, qui accable le malade. L'atteinte, même légère, de ce que M. Guyon a appelé le sentiment de génitalité, engendre rapidement une mésestime du moi que l'on retrouve même dans les idées de persécution que présentent parfois ces individus ; elle peut aussi les pousser à des déterminations fatales.

Plus que toutes les affections qui atteignent les voies génito-urinaires, la blennorragie et le varicocèle paraissent exercer une influence prépondérante dans la production de ces troubles psychiques. Il n'est pas nécessaire, d'après le Dr Colombani (*Th. Paris*, 1901), pour expliquer ces troubles, d'invoquer toujours un état mental antérieur particulier, une prédisposition acquise ou héréditaire. Dans un très grand nombre de cas on constate simplement une émotivité, une impressionnabilité un peu spéciale des sujets ; souvent même on note un retentissement moral considérable chez des individus très bien équilibrés. Quant aux véritables psychoses blennorrhagiques, elles s'expliquent vraisemblablement par l'infection générale. Ces désirs présentent, en effet, la symptomatologie caractéristique des délires septicémiques (confusion mentale avec stupeur et hallucinations).

En présence de ces troubles psychiques, il est nécessaire d'intervenir au point de vue thérapeutique. Tout en reconnaissant la valeur des traitements sédatifs généraux, il est néanmoins indispensable de soigner la lésion locale que présente le malade. En effet, dans la grande majorité des cas le trouble organique conditionne le trouble émotif : l'intervention thérapeutique apportant souvent la preuve de cette proposition.

Avant de prendre une décision, avant surtout de poser une indication opératoire, le médecin doit étudier à fond la valeur psychique de son malade. La constatation de stigmates d'hystérie ou de tares dégénératives sérieuses devra lui imposer la réserve la plus prudente. Mais chaque fois que les préoccupations hypocondriaques lui paraîtront nettement sous la dépendance de l'affection génito-urinaire, il pourra intervenir au grand profit du malade, soit par un traitement médical approprié, soit par une opération longuement raisonnée. Des faits de jour en jour plus nombreux viennent prouver le bien-fondé d'une thérapeutique ainsi comprise. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Y a-t-il des péritonites idiopathiques ou primitives? — A cette question qui a soulevé et soulève encore tant de controverses, Nothnagel répond par la négative dans un travail récent (*Wiener klinische Rundschau*, 1901).

Louis a montré le premier que les péritonites chroniques dites primitives sont pour la plupart tuberculeuses et secondaires à la tuberculose d'un autre organe. Depuis lors, l'anatomie pathologique et la bactériologie ont apporté leur précieux concours à l'étude de cette question, sans parvenir toutefois à en donner une solution définitive.

D'après Nothnagel, une péritonite primitive serait celle où le processus inflammatoire atteindrait uniquement le péritoine, sans provoquer sur son che-

Digitized by Google

min la moindre altération morbide. Peu importeraient, en l'espèce, la voie de pénétration et la nature de l'exsudat péritonéal. On comprend, dans ces conditions, que seul l'examen nécroscopique puisse établir si une péritonite a été primitive ou non.

Il existe un groupe de péritonites, dites mécaniques, bien décrites par Virchow, et dues à la compression continue du péritoine par un corps étranger aseptique. Réalisées expérimentalement, ces péritonites s'observent sous forme d'adhérences localisées, autour des viscères hypertrophiés, dans la constipation chronique, au niveau des sacs herniaires, etc. Ce sont là des péritonites primitives; mais elles sont toujours circonscrites.

Parmi les inflammations aiguës, généralisées, du péritoine, peut-on décrire des formes idiopathiques? On continue à parler de péritonite primitive *à frigore,* sans qu'il ait été rapporté un cas observé complètement. Mais, dans les infections péritonéales aiguës, qui sont de beaucoup les cas les plus fréquents, en existe-t-il dans lesquelles le péritoine ait été le premier et l'unique organe infecté? De tels faits sont très rares pour ne pas dire exceptionnels. On est déjà surpris de constater, qu'à l'encontre des autres séreuses, le péritoine reste indemne au cours de presque toutes les maladies infectieuses généralisées. Dans la péritonite de la fièvre typhoïde, des ulcérations et des perforations intestinales sont le plus souvent en cause, et à leur défaut, on trouve toujours quelque lésion du voisinage, corps du délit. Tous les cas de péritonite dite rhumatismale sont douteux ou consécutifs à quelque complication thoracique. Enfin, on sait à quoi s'en tenir sur la péritonite de la fièvre puerpérale.

Toutes les observations de péritonites aiguës généralisées primitives que l'on a publiées jusqu'ici ne résistent pas à l'examen. Dans la plupart, on découvre l'existence d'une lésion intestinale ou génitale suffisante pour avoir servi de porte d'entrée à l'infection. Dans des cas de péritonite à pneumocoque dite primitive, il existait des pleurésies de même nature : l'infection avait gagné le péritoine par les puits lymphatiques du diaphragme. L'auteur a observé lui-même des péritonites streptococciques secondaires à des angines phlegmoneuses. Et pourtant, là encore, il admet le mécanisme de la propagation, par déglutition du pus qui va irriter la muqueuse digestive et permettre ainsi aux micro-organismes de la traverser. On sait en effet qu'une minime lésion des parois de l'intestin suffit pour que le contenu de ce dernier puisse infecter le péritoine. C'est ce qui se passe dans l'occlusion intestinale par torsion et dans les traumatismes contus de l'abdomen.

L'immunité remarquable du péritoine dans les maladies infectieuses aiguës généralisées, et par suite la rareté de l'infection péritonéale par voie sanguine s'expliquerait grâce à l'énorme faculté de résorption du péritoine, démontrée expérimentalement. Celui-ci pourrait dès lors triompher aisément des microbes apportés par le sang, bien moins nombreux que ceux qui l'envahissent dans les cas de propagation.

Il ne semble donc pas qu'il existe de péritonite primitive aiguë généralisée.

Il en serait de même des péritonites généralisées chroniques. Beaucoup sont tuberculeuses, et la guérison de quelques unes d'entre elles n'intervient pas nécessairement en faveur de leur origine primitive, non tuberculeuse. Même dans le cas de tuberculose, on peut considérer la lésion péritonéale comme secondaire à l'infection des ganglions mésentériques par voie lymphatique. Enfin, les autres péritonites chroniques dites primitives viennent toutes d'une affection de voisinage, thoracique, abdominale ou génitale. On sait la part qui revient aux organes génitaux féminins dans l'étiologie des péritonites chroniques. *L'ascite des jeunes filles*, elle-même, quand elle n'est pas d'origine tuberculeuse, est d'origine génitale. Cette voie génitale est la seule qui conduise directement du dehors au péritoine; mais il est difficile d'admettre que les microbes la traversent sans rien léser sur leur passage.

C'est seulement par voie sanguine qu'une infection pourrait déterminer une péritonite généralisée primitive, aiguë ou chronique. Or, jusqu'ici, ce mode étiologique n'a pu être confirmé par aucun cas. C'est toutefois dans ce sens qu'il convient de chercher, si l'on espère arriver à démontrer l'existence de la péritonite primitive. — A. Bergouignan.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la névralgie faciale bénigne. — Cette névralgie, comme on sait, a souvent des causes périphériques banales (humidité, évolution de la dent de sagesse, carie dentaire, périostite condensante des édentés). Dans cette dernière forme même, elle ne cède guère qu'à la résection du rebord alvéolaire (Duplay). Comme autres causes utiles à connaître pour faire de la thérapeutique pathogénique, citons les anomalies de réfraction, le port d'un dentier mal fait, les otites. Frank avait incriminé les affections de l'estomac, du foie et de l'intestin, la constipation, l'anémie. Le rhumatisme joue également un rôle considérable.

La thérapeutique préconisée par notre collaborateur M. Plicque est la suivante (*Traitement des névralgies et névrites*) :

Digitized by Google

Comme moyens internes, l'aconit doit être signalé au premier rang, mais il faut surveiller attentivement le médicament et cesser dès les premiers signes d'intolérance comme l'engourdissement de la face et de la langue.

Medclaff a proposé la formule complexe suivante :

Teinture de racines d'aconit..	ãã 3 grammes
— de semences de colchique	
— de belladone.....	

Six gouttes toutes les six heures.

La vératrine semble avoir une indication particulière dans les névralgies accompagnées de céphalées, de vertiges, de troubles cérébraux, à la dose de 2 à 3 milligrammes par granules de 1 milligramme. Dans ces cas, il faudra toujours rechercher la syphilis dans les antécédents et la traiter, si on la trouve.

Weill et Worms ont préconisé le croton chloral dont voici les formules :

Croton chloral.....	ãã 1 gramme
Poudre de réglisse....	
Conserve de roses.....	

Pour 20 pilules, une toutes les heures.

ou :

Croton chloral.....	1 gramme
Glycérine pure	ãã 60 —
Eau.....	
Essence de menthe.....	III gouttes
Sirop simple.....	25 grammes

Par cuillerées à café toutes les 2 heures.

L'action hypnotique du croton-chloral s'ajoute à son action analgésiante.

Le phosphate de soude aurait donné à Crocq d'excellents résultats :

Phosphate de soude.....	1 gramme
Eau de laurier cerise.....	50 —

Injecter par jour 1 à 3 centimètres cubes de cette solution.

Le traitement externe est très variable. Rendu, dans certaines formes congestives, conseille encore les sangsues appliquées derrière l'oreille.

Les courants continus, en utilisant le pôle positif ont une grande efficacité, ils réussissent bien en particulier dans les douleurs sourdes et tenaces consécutives au zona ophtalmique.

Les pulvérisations de chlorure d'éthyle et le stypage trouvent encore leurs indications, mais on doit néanmoins être prudent car elles peuvent déterminer des dépôts pigmentaires qui seraient particulièrement désagréables à la face. Cependant ces dépôts seraient très rares et transitoires à la face. — S. R.

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain arthritique hyperacide. — M. S. Bernheim *(Congr. de la Tub.)* commence par étudier le caractère du terrain tuberculeux dont l'état bio-chimique doit être bien connu aujourd'hui. La mesure de la minéralisation et de l'état chimique de l'organisme peut être en quelque sorte la mesure de sa résistance. Or, il est connu que le tuberculeux possède un terrain déminéralisé, déchloruré, déphosphatisé et surtout hypoacide, tandis que l'arthritique a un sol surminéralisé, très riche en chlorures et hyperacide, c'est-à-dire que, par leur formule chimique, ces deux terrains sont antagonistes l'un de l'autre. De même, cliniquement, il existe une sorte d'antagonisme entre la tuberculose et la diathèse arthritique : la phtisie est rare chez les arthritiques, ou bénigne chez eux. De ces premières données chimiques, biologiques et cliniques, on peut tirer de nombreuses déductions thérapeutiques.

C'est ainsi que, suivant l'auteur, le régime des sanatoria, le repos absolu, la suralimentation, la cure d'altitude, n'ont d'autre but et d'autres effets que la transformation du terrain. Tous ces facteurs bienfaisants n'ont d'autre action que celle d'augmenter l'acidité organique. Et, de fait, l'auteur a surveillé ainsi des sujets bien portants qu'il a soumis au repos et à la suralimentation et dont l'acidité urinaire a augmenté sigulièrement. De même, la zomothérapie, si recommandée par Richet et Héricourt, n'agirait pas par des antitoxines, mais par une transformation de terrain, par une augmentation d'acidité.

Il est possible d'obtenir cette transformation de terrain hypoacide en hyperacide, surtout chez les tuberculeux atteints au premier ou au deuxième degré, par un régime hygiénique et diététique, et en saturant l'organisme de phosphate de créosote ou d'acide phosphorique.

Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements froids. — Le mode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids exige du personnel et de l'espace, et n'est pas toujours applicable dans certains milieux, aussi chacun s'ingénie-t-il à employer l'eau froide de façon différente, pour la plus grande commodité de l'entourage du malade.

M. Lemoine préconise dans les cas où les bains froids sont impossibles, l'usage des lavements froids et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici sa technique *(Nord méd.*, 1901).

« Le lavement est donné toutes les trois heures et même toutes les deux heures quand la température remonte rapidement à un degré élevé ; pour le donner, je me sers du bock et d'une canule rectale, enfoncée de quinze à vingt centimètres. Le malade est couché sur un vase plat glissé sous le siège, et reçoit le lavement sous une faible pression ; le bock ne doit pas être élevé au-dessus de lui de plus de cinquante centimètres. Il faut faire passer ainsi, à chaque fois, deux litres d'eau, et cela très lentement,

Digitized by Google

en interrompant le courant de temps en temps et en permettant à l'intestin de se vider graduellement, de façon à ne pas être soumis à une trop forte distension du fait de l'accumulation du liquide ; c'est, par conséquent, plutôt une sorte de douche ou d'irrigation qu'un lavement.

« Je me sers d'eau bouillie, ramenée à la température de 18° à 20°, car avec l'eau plus froide, on peut provoquer des contractions de l'intestin suivies de coliques douloureuses et capables peut-être de faciliter les perforations; avec de l'eau plus chaude, l'effet réfrigérant n'est pas suffisamment obtenu.

« Les lavements froids agissent de deux façons : en abaissant la température et en désinfectant l'intestin.

« On sait que les bains froids n'abaissent pas toujours brusquement la température du malade et il n'est pas rare d'observer sur un sujet la même température après qu'avant le bain. Mais en général, il y a abaissement, plus ou moins grand, selon le cas. Avec les lavements froids, c'est la même chose et on observe les mêmes variations; cependant, s'il y a une différence, c'est en ce sens que le lavement paraît abaisser la température plus rapidement que le bain, mais d'une façon moins durable et c'est là ce qui constitue, à mon avis, l'infériorité de la méthode des lavements sur celle des bains. Le minimum d'abaissement est obtenu environ 20 à 30 minutes après le lavement, puis la température remonte et une demi-heure plus tard, elle revient au degré où elle était avant le lavement.

« Malgré cela, il est rare de voir les phénomènes nerveux apparaître, et le délire est l'exception. Le malade conserve un bon appétit, la langue humide, et toute sa lucidité, comme celui qui est traité par la méthode de Brandt.

« La désinfection de l'intestin est certainement activée par ces lavements répétés. En effet, le malade étant dans la position horizontale et la sonde rectale introduite de vingt centimètres, l'eau du lavement pénètre loin et balaye tout le gros intestin. Chaque lavement est suivi d'une évacuation de matières fécales plus ou moins abondantes et souvent noyées dans l'eau et rendues avec elle ; les selles sont rares dans les intervalles.

« C'est à cette désinfection, à chaque instant répétée, que j'attribue ce fait que les malades soumis à la méthode des lavements présentent, en général, une hyperthermie moindre que ceux qui sont traités par les bains. L'ensemble de leur courbe est plus régulier, peut-être avec des minima moindres, mais sûrement aussi avec des maxima inférieurs. Le nombre des cas, ainsi traités et observés directement par moi, est encore trop faible pour que je puisse donner une statistique; sur 32 cas, je n'ai eu qu'un seul cas de mort, ce qui ferait une mortalité de 3 0/0, à peu près celle des bains froids ; mais, je le répète, on ne base pas une statistique sur un aussi petit nombre de faits, et si je recommande cette méthode, c'est plutôt d'après l'impression faite sur moi par l'évolution tranquille et normale de la maladie chez tous les individus traités qu'en me basant sur l'éloquence des chiffres.

« Teissier (de Lyon) s'est servi aussi des lavements froids et en a été satisfait. Beaucoup de mes élèves les emploient dans la clientèle pauvre, là où l'on ne peut songer aux bains, et en sont contents. Je n'ai pas la prétention de substituer les lavements aux bains, comme méthode de choix dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais je serais heureux de vulgariser leur emploi, car je les considère comme infiniment supérieurs aux lotions froides et aux enveloppements froids qui fatiguent le malade sans enlever de la gravité à la fièvre dont il est atteint et sans diminuer beaucoup la mortalité. » — S. R.

FAITS CLINIQUES

Du délire dû à la caféine

Parmi les accidents imputables à l'administration de la caféine et qui sont un signe d'intolérance, il faut citer l'excitation et le délire. Le délire caféinique est bruyant et loquace, parfois, d'après Faisans, il s'accompagne d'hallucinations visuelles. La dose n'a même guère d'importance, car le délire a été observé aussi intense avec des doses de 0.30 centigr. qu'avec des doses de 1 gr. Les vieillards, les alcooliques, les convalescents de maladies adynamiques y semblent particulièrement prédisposés. Notre confrère Blanc-Champagnac nous adresse à ce sujet trois observations que nous nous faisons un devoir de reproduire :

Obs. I. — Mme X..., 30 ans. Constitution lymphatique, sans antécédents nerveux ni héréditaires, ni personnels, mais présentant, depuis quelque temps, des signes non douteux de tuberculose pulmonaire, au début, est prise, dans le courant du mois de décembre 1895, d'accidents de grippe infectieuse avec bronchopneumonie très-grave et fièvre de 40°. Dans le cours du traitement, par crainte de voir faiblir subitement un cœur fatigué de lutter contre un embarras pulmonaire si marqué, je prescris, à titre de médication préventive, 2 injections de caféine à 25 centig. chacune. Le troisième jour de cette médication, après l'absorption de 1 gr. 50 seulement du médicament, je suis tout surpris de constater, chez ma malade, des phénomènes de délire et d'excitation telles que son entourage peut à peine suffire à la maîtriser. Cris, hallucinations, parfois mutisme de plusieurs heures avec refus de toute alimentation, tous ces accidents ne disparaissent que trois à quatre jours après la cessation du médicament, que je me crus autorisé à remplacer, quelques jours plus tard, par une solution de digitaline cristallisée à doses faibles, mais répétées.

Digitized by Google

J'ajouterai que ma malade s'est parfaitement remise de ses accidents aigus et que son état pulmonaire, quoique peu brillant, ne s'est pas trouvé considérablement aggravé.

Obs. II. — Mme X..., 28 ans, chez laquelle je n'ai jamais eu l'occasion de constater des accidents de nervosisme mais qui, par son aspect, présente tous les signes du tempérament nerveux, est prise, en juillet 1899, de fièvre typhoïde très-grave.

Traitée par les lotions froides et le sulfate de quinine, ma malade me donne, vers le 25e jour, à cause de l'état d'adynamie profonde dans lequel elle se trouve, les plus grandes inquiétudes.

Son cœur qui, jusque-là, s'était comporté d'une façon satisfaisante, présente des signes manifestes de faiblesse du myocarde et le rythme embryocardique que je constate, me font craindre une terminaison fatale à brève échéance.

Ne pouvant prescrire la cafeïne en injections sous-cutanées, je donne un flacon de 250 gr. contenant 2 gr. 50 de cafeïne avec benzoate de soude flacon que je fais diviser en 5 divisions, chaque division représentant 0,50 centigr. de cafeïne, à prendre en deux fois, la moitié le matin, la moitié le soir.

Le 2e jour, au soir, après l'absorption d'un gramme de cafeïne, seulement, la malade que j'avais laissée, la veille, dans un état de prostation absolue, se révolte contre son entourage, présente des hallucinations et refuse toute nourriture, pendant 12 heures au moins. Je fais immédiatement cesser la cafeïne que je remplace par la teinture de digitale, et je constate, dans peu de jours, la disparition complète des accidents nerveux observés. Le cœur s'étant relevé et fortifié à la suite de la médication digitalique, j'en conclus, avec raison, je crois, que l'embryocardie constatée était plutôt due à l'hypotonie artérielle qu'au signe de myocardite avancée.

La malade se levait le 45e jour.

Obs. III. — Il y a un mois, à peine, vers le commencement de février, je fus appelé auprès d'un homme de 45 ans environ, épuisé par la privation et aussi les lourds travaux de la campagne. Après avoir constaté une pneumonie en voie de résolution, je crus devoir, devant la faiblesse très grande de mon malade et bien que l'état de son cœur me parût encore satisfaisant, je crus devoir, dis-je, prescrire en même temps que quinquina, acétate d'ammoniaque et alcool, une potion de cafeïne contenant 1 gr. 50 de ce médicament et à prendre par cuillerées à soupe, toutes les 3 heures.

Trois jours après, je fus rappelé en toute hâte auprès de mon malade qui, après avoir absorbé la moitié seulement de sa potion, avait été pris d'accidents cérébraux mettant en émoi toute sa famille. Dans ce dernier cas, je n'eus à observer qu'un léger délire des plus calmes et du mutisme avec refus de s'alimenter. La pneumonie, et surtout la fièvre avaient disparu. Je portais, malgré l'état hébété du malade, qui refusa de me répondre et de s'alimenter, devant moi, un pronostic favorable qui ne tarda pas à se réaliser.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Vient de paraître Tome VIII : *Maladies des plèvres et du médiastin. — Maladies de l'axe cérébro-spinal.* Chez J.-B. Baillière, éditeur.

Le tome VIII du *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, termine les *Maladies de l'appareil respiratoire* et commence les *Maladies du système nerveux.*

L'ouvrage débute par une importante étude des *Pleurésies*, due à M. le professeur Landouzy : pleurésies tuberculeuses et non tuberculeuses, pleurésies purulentes à streptocoques, à pneumocoques, à staphylocoques, à bacilles divers, etc.

Viennent ensuite l'*Hydrothorax*, par M. Labbé et le *Pneumothorax*, par M. Galliard. M. P. Ménétrier passe en revue le *Cancer du poumon et de la plèvre.* Enfin, M. Boinet s'est chargé des *Adénopathies et tumeurs du médiastin.*

Les *Maladies du système nerveux* débutent par les maladies de l'axe cérébro-spinal.

La *Sémiologie* comprend les articles Aphasie, par G. Ballet : Hémiplégie et paraplégie, par P. Marie ; Apoplexie et Coma, Délire, Convulsions, Contractures, Tremblements, Vertiges, Céphalalgie, Troubles vaso-moteurs de la peau, Troubles sécrétoires et trophiques, par Ch. Achard.

La *Pathologie du cerveau* a été confiée à M. P. Marie et M. Klippel.

M. P. Marie s'est chargé des articles Congestion et Anémie cérébrales, Hémorrhagie et Ramollissement ; ces articles sont illustrés de nombreuses coupes de cerveaux photographiées d'après nature.

M. Klippel termine le volume avec les articles Syphilis cérébrale, Tumeurs cérébrales et Abcès cérébral.

Il serait impossible de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés.

Le choix des auteurs, seul, indique avec quel soin est dirigé le *Traité de médecine et de thérapeutique.* Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce Traité, se retrouve à un haut degré dans ce huitième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès. — S. R.

Traitement de la coxalgie par la mécanothérapie, sans immobilisation au lit, par le Dr Paul Archambaud. (Librairie de la *Revue médicale.*)

L'auteur décrit un nouveau mode de traitement de la coxalgie qui consiste à immobiliser les malades dans un appareil à sustentation générale permettant la marche.

Cet appareil, ne présentant pas d'articulation au niveau de la hanche ni du genou du côté atteint, empêche les surfaces articulaires de s'irriter par le frottement. Il permet en même temps de placer le bassin du malade dans une situation aussi rapprochée que possible de l'état normal.

Le massage général, insistant plus particulièrement sur les muscles de la jambe malade, empêche ceux-ci de s'atrophier jusqu'au moment où l'appareil est supprimé. On se garde bien, pendant tout le traitement, de masser ou de mobiliser l'articulation coxo-fémorale.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Clinique nationale des Quinze-Vingts. — M. A. Trousseau

Les agents de la thérapeutique oculaire

Je vais parler des agents généraux de la thérapeutique oculaire, des méthodes qu'on emploie pour traiter les maladies des yeux. Quand on aborde l'étude de l'ophtalmologie, ont est effrayé par la multiplicité des formules. J'espère prouver que la thérapeutique oculaire est beaucoup plus simple qu'elle ne paraît au premier abord.

A tout malade, on indiquera

1° Un traitement local;

2° Un traitement général;

3° Quelques règles hygiéniques, un régime.

Traitement local

Les moyens le plus souvent employés pour le réaliser sont

A, les compresses.

B, les irrigations.

C, les collyres liquides, secs ou mous.

D, les cautérisations.

E, les pansements antiseptiques.

F, les bandeaux et lunettes.

A. Compresses. — Leur rôle est bien défini ; elles assurent l'asepsie, la propreté des paupières et modifient, selon qu'elles sont appliquées chaudes ou froides, la température locale du globe oculaire : c'est ainsi que mises chaudes sur la cornée malade, elles en changent les conditions de vascularisation, au point de faire naître sur la membrane des néo-vaisseaux, si utiles pour la résorption de certains exsudats dans les kératites.

Les compresses ont une action bien plus efficace et plus régulière que les bains d'œil pris dans une œillère, instrument d'ailleurs dangereux, puisque pas toujours aseptique et servant à plusieurs, il peut devenir agent de contagion.

Les compresses s'emploient seules quand l'œil ne secrète pas, comme dans les kératites, ou associées aux lavages de la conjonctive et des culs-de sac, comme dans la conjonctivite purulente. Il faut remarquer que le liquide contenu dans les compresses ne pénètre que peu ou pas entre les paupières,

On se sert de compresses froides à zéro degré, obtenues par quelques fragments de glace placés dans le liquide, ou à 14° ou 15°, quand celui-ci est à la température de la chambre du malade, ou de compresses chaudes maintenues telles au moyen du bain-marie. Il ne faut pas employer les compresses, comme on le dit à tort si souvent, aussi chaudes que possible, car elles amèneraient des brûlures de la peau et des réactions locales trop vives.

Les compresses froides sont indiquées dans certains traumatismes, dans les hémorrhagies, dans la conjonctivite purulente; les compresses chaudes dans les blépharites, les kératites.

Le coton hydrophile en galettes épaisses, la gaze stérilisée en plusieurs doubles forment d'excellentes compresses qui doivent être retrempées souvent dans le récipient qui contient le liquide, de façon à avoir une humidité et une température constantes. Elles ne seront jamais recouvertes de taffetas gommé et resteront évaporantes.

On les ordonne, en général, quatre à cinq fois par jour pendant 15 à 20 minutes chaque fois, et la nuit, pour respecter le repos du malade, on les remplace par un tampon sec de coton hydrophile.

Pour éviter qu'un usage prolongé des compresses ne macère l'épiderme, on peut faire enduire la peau de vaseline ou de glycérine neutre.

Les liquides à employer sont ou l'eau boriquée à 4 0/0 ou l'eau bouillie, à l'exclusion de tout antiseptique violent. L'eau de roses, l'eau de plaintain, le mélilot, la camomille me semblent sans aucune action utile et d'une asepsie douteuse.

B. Irrigations. — Les irrigations ont pour but le lavage de la conjonctive et des culs-de-sac. Elles ont un rôle de chasse, et, suivant le liquide employé, réalisent l'asepsie ou la désinfection de la muqueuse. Pour faire une irrigation, on renverse en arrière la tête du patient, l'inclinant du côté malade et ectropionnant de la main gauche la paupière inférieure faisant regarder le malade en haut, on fait couler au niveau de l'angle interne, un long filet de liquide obtenu en pressant de la main droite un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé ; le liquide après avoir balayé la conjonctive et le globe oculaire s'écoulera par l'angle externe et pourra être reçu dans un petit bassin en forme de haricot placé sous l'oreille; on peut encore se servir plus avantageusement pour pratiquer le lavage, d'un petit ballon en verre, muni de deux tubulures, une large, par laquelle on verse le liquide, l'autre longue et effilée par laquelle il s'écoulera entre les paupières.

Il est parfois utile de retourner complètement les deux paupières pour pouvoir bien irriguer toutes les portions de la muqueuse; c'est ce qui doit se faire pour la préparation d'une opération.

Pour faire de larges irrigations, Kalt introduit entre les paupières un petit appareil analogue au spéculum auri qui est relié par un long tube en caoutchouc ou un bock contenant deux litres de liquide ; on n'a qu'à maintenir avec deux doigts de la main gauche, l'appareil entre les paupières tout le

Digitized by Google

temps que le liquide s'écoule ; celui-ci distend les culs-de-sac et ressort de chaque côté de l'entonnoir laveur au niveau des angles de l'œil.

Cette méthode est surtout employée pour le traitement de l'ophtalmie purulente.

D'une façon générale, les irrigations doivent être faites tièdes, on ne doit pas employer de liquides irritants, d'antiseptiques violents ; il faut songer à la susceptibilité cornéenne,

Je préfère à toutes la solution :

Eau	1000 grammes
Cyanure d'hydrargyre	0 gr. 10 à 0 gr. 20

ou à son défaut, celle que voici :

Eau	1000 grammes
Sublimé (sans alcool)	0 gr. 10 à 0 gr. 2

L'acide phénique a été autrefois fort à la mode, mais il est irritant à dose concentrée et peut amener des phénomènes toxiques, spécialement chez les nouveau-nés. On n'emploiera que la solution faible :

Eau	1000 grammes
Acide phénique	5 —

Pour les grands lavages de la muqueuse, Kalt emploie la solution suivante :

Eau distillée	250 grammes
Permenganate de potasse	20 —

Une cuillerée à café dans 2 litres d'eau.

Les irrigations sont indiquées toutes les fois qu'on désire réaliser l'asepsie du globe oculaire (opérations, traumatismes) ou désinfecter les culs-de-sac conjonctivaux (conjonctivites purulentes).

C. Collyres. — On appelle collyres tous les topiques portés au contact au globe oculaire ou des culs-de-sac conjonctivaux ; on les emploie sous plusieurs formes, d'où la division en :

Collyres liquide secs ou mous.

Le véhicule le plus usité pour les collyres liquides est l'eau stérilisée. M. le professeur Panas a essayé de substituer à l'eau l'huile purifiée sans que la majorité des ophtalmologistes ait paru le suivre dans cette voie.

Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'avoir des collyres préparés avec une parfaite asepsie, qu'il s'agisse de les employer au moment d'une opération dans la période post-opératoire ou dans le traitement d'une maladie oculaire.

De toute évidence, l'infection opératoire peut être provoquée par l'instillation d'un collyre non stérile. Dans l'opération de la cataracte, l'instillation d'un collyre douteux à la cocaïne, faite dans le but d'anesthésier la cornée, peut engendrer la suppuration du lambeau cornéen ou tout au moins favoriser l'éclosion de ces iritis ou irido-choroïdites consécutives, qui ne sont, en somme, que des infections minima de l'œil.

On voit parfois apparaître, 4 à 5 jours après l'opération, alors que l'œil n'offre aucune trace de réaction, que la plaie est cicatrisée et que la chambre antérieure est reformée, des inflammations de l'iris qui succèdent aux instillations d'atropine qu'on a coutume de prescrire à ce moment pour éviter justement l'iritis et ses conséquences occlusives pour la pupille. Dans ces cas, la solution instillée peut être incriminée à juste titre.

Nous savons que dans la plupart des traumatismes oculaires, l'œil peut être préservé s'il ne s'infecte pas ; aussi, apportons-nous tous nos soins à faire de larges irrigations avec les antiseptiques les plus puissants et à protéger le globe par un pansement aseptique, méticuleusement confectionné. N'est-il pas tout aussi urgent de n'instiller un collyre que d'une absolue probité.

Que l'on ait à traiter longtemps un glaucome par l'ésérine, une kératite par l'atropine, on ne tarde pas à voir survenir des phénomènes locaux d'intolérance, telles que conjonctivite folliculaire, érythème ou eczéma des paupières, si l'on n'a eu soin de s'assurer de la pureté du collyre employé et aussi de celle du compte-gouttes.

On ne doit donc se servir que de collyres et de compte-gouttes rigoureusement aseptiques.

Pour assurer la stérilisation des collyres, on a proposé d'y incorporer de l'acide borique, tout à fait inefficace, ou du sublimé qui offre le grave inconvénient de précipiter les alcaloïdes. Il est beaucoup plus simple d'obliger le pharmacien à stériliser les solutions dans l'autoclave à 120° et à remplacer les bouchons de liège par des bouchons de verre.

J'ai toutefois fait remarquer à M. Leclerc, qui m'a souvent livré des solutions ainsi présentées, que les flacons munis de bouchons de verre devenaient presque impossibles à ouvrir. Aussi, celui-ci a-t-il imaginé un autre système de fermeture qui remplit aussi bien les conditions d'asepsie : le bouchon de verre est muni d'une rondelle de caoutchouc, le serrage se fait à l'aide d'une bande métallique qui vient se fixer à un collier placé autour du goulot du flacon.

Ces précautions assurent bien la stérilité du collyre pour les premières heures de son emploi et c'est là un fait capital au point de vue opératoire, mais les jours suivants les contacts de l'air, du compte gouttes, etc. peuvent en atténuer la pureté.

Pour éviter, autant que faire se peut, cet inconvénient, on ne devra prescrire les collyres qu'en petite quantité (flacon de 5 grammes au plus), ne jamais rejeter dans la petite bouteille ce qui reste de liquide

Digitized by Google

dans le compte-gouttes après l'instillation et ne se servir que de compte-gouttes très nets.

Je me sers d'un compte-gouttes placé dans un tube de verre dont le bouchon est solidement ficelé et est porté à l'autoclave à 120°. Après chaque instillation, l'instrument est lavé avec la liqueur de Van Swieten et replacé immédiatement dans son tube protecteur.

Pour instiller un collyre, il faut renverser en arrière la tête du malade, entr'ouvrir légèrement avec l'index de la main gauche la paupière inférieure en invitant le patient à regarder en haut et presser sur l'ampoule du compte-gouttes, dont l'extrémité ne doit toucher ni l'œil, ni les cils, avec le pouce et l'index de la main droite. Dans quelques cas, le malade résiste et on a de la difficulté à vaincre le spasme qu'il oppose, on se bornera alors à placer dans l'angle interne, préalablement lavé avec un tampon d'ouate imbibée de sublimé, le liquide qui, si on maintient la tête renversée, ne tardera pas à pénétrer dans l'œil, le patient abandonné à lui-même cherchant naturellement à entr'ouvrir ses paupières. Ceci ne doit être qu'un procédé d'exception. Règle générale, il est préférable d'instiller les collyres dans le voisinage de l'angle externe, la tête penchée sur l'épaule de façon à ce que la solution ne pénètre pas dans les voies lacrymales et de là dans la gorge où, avalée, elle ne tarderait pas à amener des phénomènes toxiques généraux, comme cela arrive souvent avec l'atropine (sécheresse de la gorge, vertiges, hallucinations, etc.). On peut encore mettre le doigt sur le sac lacrymal au moment des instillations et engager le malade à cracher au même instant au lieu d'avaler sa salive.

On divise les collyres en : anesthésiques, caustiques ou astringents, mydriatiques et myotiques.

Pour amener l'anesthésie de l'œil, on se sert de collyre à la cocaïne ainsi formulé :

Eau	5 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 25

Il suffit d'en mettre deux ou trois gouttes directement sur la cornée pour obtenir au bout de trois à cinq minutes le résultat souhaité.

L'emploi des collyres caustiques ou astringents est très rarement indiqué à cause de l'irritation, de la douleur, des eschares qu'ils amènent et de la difficulté de doser leur action. Le nitrate d'argent à 2 0/0 ne doit être employé que régulièrement étalé sur la muqueuse au pinceau ; le sulfate de zinc doit être réservé pour combattre de très anciennes conjonctivites rebelles ; l'acétate de plomb est très dangereux puisqu'il peut laisser sur la cornée des incrustations indélébiles.

Je me sers parfois d'un collyre qui me semble devoir remplacer avantageusement les astringents usités jusqu'ici dont il n'a pas les inconvénients et qui offre l'avantage de posséder une action antiseptique.

Eau	5 grammes
Chlorure de zinc	0 gr. 01

On peut le prescrire aux lieu et place du sulfate de zinc.

Le collyre mydriatique le plus employé est l'atropine qu'on prescrit ainsi :

Eau	5 grammes
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 03

Le sel doit être absolument neutre, sans quoi il peut irriter la conjonctive.

L'atropine dilate la pupille, paralyse l'accommodation et élève la tension intra-oculaire.

C'est le médicament le plus actif pour combattre l'iritis et certaines formes de kératites à vives réactions. Il peut être instillé 2 à 4 fois par jour (1 à 2 gouttes chaque fois).

On lui substitue parfois la duboisine ou l'hématropine sans grand avantage.

Il ne faut pas prescrire les mydriatiques, surtout l'atropine, à tort et à travers et ne jamais oublier que des instillations intempestives de cet alcaloïde sur des yeux prédisposés peuvent déterminer une attaque de glaucome.

Les collyres myotiques, ésérine et pilocarpine, contractent la pupille et abaissent la tension intra-oculaire. Ils sont donc indiqués dans le glaucome, dans les ulcères et perforations de la cornée.

Eau	5 grammes
Salicylate d'ésérine	0 gr. 03

à instiller 2 à 4 fois par jour.

L'ésérine est souvent mal supportée et amène des douleurs névralgiques ou de l'irritation conjonctivale, aussi lui substitue-t-on volontiers la pilocarpine :

Eau	5 grammes
Nitrate ou salicyl. de pilocarpine	0 gr. 05 à 0 gr. 10

un peu moins active mais dont l'instillation peut être répétée plus souvent et continuée pendant des mois sans inconvénients.

Les collyres secs (calomel en poudre, iodoforme, salol) me semblent devoir être rejetés ; ils sont irritants et jouent le rôle du corps étranger. Le calomel peut être maintenu pour quelques cas rares (conjonctivites phlycténulaires, taies de la cornée).

Les collyres mous ou pommades doivent avoir pour véhicule la vaseline blanche bien neutre et stérilisée à laquelle on incorpore soit des alcaloïdes mydriatiques ou myotiques (atropine, érésine), soit des antiseptiques (acide borique, salol, sublimé etc.), soit des topiques (oxyde de zinc, huile de cade), soit des irritants (calomel, oxyde jaune d'hydrargyre).

La plupart des pommades s'emploient sur les pau-

Digitized by Google

pières en onctions ; quelques-unes s'introduisent dans l'œil. Parmi celles-ci, la plus usitée est la suivante, utile dans les conjonctivites phlycténulaires, les kératites panneuses, les taies de la cornée.

Vaseline neutre	5 grammes
Oxyde jaune d'hydrargyre....	0 gr. 10 à 0 gr. 25

l'oxyde doit être très finement porphyrisé pour ne pas laisser de grumeaux irritants.

Quand on prescrit cette pommade, il faut s'assurer que le malade ne prend ni iode, ni iodure, sans quoi il se ferait dans le cul-de-sac conjonctival une combinaison chimique (biodure d'hydrargyre), néfaste pour la conjonctive (eschares) et la cornée.

C. *Cautérisations.* — Je n'ai en vue ici que les cautérisations qu'on pratique sur la conjonctive. Je suis un partisan résolu de l'emploi des solutions caustiques étendues au pinceau sur la muqueuse et qui ainsi utilisées atteignent régulièrement tous les points malades.

J'ai dit plus haut pourquoi je rejetais les collyres caustiques, je proscris aussi l'usage des crayons de nitrate d'argent, de cuivre, le crayon mitigé. Leur action est difficile à limiter, les substances qu'ils contiennent se diffusant plus qu'on ne le prévoit et dépassent le but qu'on se propose en amenant à certains endroits des eschares trop profondes. Combien de malheureux enfants me sont amenés avec des ophtalmies purulentes aggravées par l'emploi de ces crayons qui engendrent aussi de redoutables complications cornéennes. Comme il est rare que les crayons ne servent qu'à un seul malade, comme ils sont employés dans les maladies les plus contagieuses, on comprend qu'ils puissent devenir agents de propagation de graves affections. Ce ne sont pas là des vues théoriques, l'expérience quotidienne ne le prouve que trop !

Pour des motifs analogues, le pinceau, à moins qu'il ne soit réservé à un seul malade, soigneusement lavé et désinfecté après chaque attouchement, n'est pas aussi recommandable qu'une simple baguette de verre autour de laquelle on enroule un petit manchon de coton hydrophile.

Le caustique par excellence est le nitrate d'argent à 2 0/0 introduit dans la thérapeutique par St-Yves. C'est le vrai médicament de la conjonctivite purulente.

Contre les granulations, on se sert souvent du glycérole de cuivre :

Glycérine neutre.....	10 grammes
Sulfate de cuivre.....	0 gr. 50 à 1 gr.

dont l'emploi est fort douloureux.

On peut aussi faire précéder et suivre chaque cautérisation de l'instillation de 2 à 3 gouttes de cocaïne.

Il faut avoir soin de ne refaire une cautérisation que lorsque l'eschare amenée par la précédente est éliminée ; sans quoi on s'exposerait à voir éclore de violents phénomènes inflammatoires qui masqueraient l'aspect de la maladie traitée.

Le pinceau (ou mieux la baguette de verre garnie de coton) est trempé dans un petit verre contenant le caustique, légèrement exprimé sur les bords du verre et promené, sans timidité, sur toute l'étendue de la muqueuse palpébrale en atteignant les culs-de-sacs bien développés.

On doit donc être à même de retourner convenablement les paupières du patient.

Je vais insister sur cette petite manœuvre. Avant de la tenter, il sera bon d'essuyer les paupières et de débarrasser les cils du pus qui peut s'y être attaché ; ainsi les doigts auront plus de prise et ne glisseront pas. Pour retourner la paupière supérieure, on saisira d'une main les cils ou même le bord libre de l'organe, on l'abaissera légèrement en l'attirant en avant, pendant que de l'autre main on appuiera le manche d'un stylet ou d'un pinceau sur le sillon orbito-palpébral : on n'aura plus qu'à faire basculer la paupière. Pour retourner la paupière inférieure, on placera l'extrémité de la pulpe de l'index le plus près possible du bord ciliaire qu'on abaissera légèrement en enfonçant doucement cette extrémité entre le globe oculaire et le rebord orbitaire. Les deux paupières peuvent être maintenues retournées simultanément au moyen de l'index et du pouce gauches, appuyés sur la face conjonctivale des bords ciliaires supérieur et inférieur. Dans cette situation, la main droite est libre et prête à agir avec le pinceau.

E. *Pansements aseptiques.*— Qu'il s'agisse d'une simple lésion oculaire, d'une plaie traumatique ou opératoire, on ne devra appliquer aucun pansement sans avoir préalablement procédé à la désinfection des paupières, des bords ciliaires soigneusement frottés avec un tampon de coton hydrophile imbibé de cyanure et à l'irrigation des culs-de-sacs conjonctivaux.

Après quoi, on placera un pansement sec que je recommande à l'exclusion de tout pansement humide. On devra aussi s'abstenir d'appliquer sur l'œil une pommade quelconque, la simple vaseline étant souvent mal supportée, ou de se servir de poudres, telles que le salol, l'iodoforme, etc., dont l'utilité est plus que contestable et qui peuvent jouer en pénétrant entre les paupières le rôle de corps étrangers que nous savons si douloureux.

On placera directement sur les paupières fermées d'arrière en avant : 1° une rondelle de lint boraté ou un morceau de gaze stérilisée ; 2° un tampon d'ouate hydrophile ; 3° une bande de crêpe Velpeau

Digitized by Google

ou de tarlatane de 5 cent. de large sur 3 mètres de long.

Les pièces de pansement doivent avoir été stérilisées à l'autoclave ; les instruments employés auront été soumis à l'ébullition, puis à l'immersion dans solution de cyanure à 1 gr. pour 1000, ou dans l'alcool pur à 96°.

F. *Bandeau et lunettes.* — Le bandeau est ordonné, en général, tout à fait au hasard ; il y a peu de praticiens qui, en présence d'une inflammation quelconque de l'œil, ne conseille immédiatement de couvrir l'organe d'un bandeau.

Si l'appareil trouve une heureuse indication, alors qu'il s'agit de protéger et de maintenir aseptique une plaie accidentelle ou opératoire du globe oculaire, si son emploi est indifférent dans certaines affections telles que l'iritis, il me semble très dangereux dans les kératites (et c'est dans ces maladies qu'il est le plus souvent ordonné), parce qu'il amène vite un certain degré d'entropion, pousse les cils vers le globe oculaire, les force à frotter sur le bulbe qui s'irrite davantage et réagit dans une violente constriction de la paupière, encore augmentée par le séjour forcé des larmes et des produits de la sécrétion conjonctivale que le bandeau ne laisse pas s'écouler en dehors. Employé dans les conjonctivites à écoulements muco-purulents ou purulents, le bandeau enferme le loup dans la bergerie, et taché par les sécrétions, il est un des agents les plus puissants de contagion et de propagation des ces maladies virulentes.

L'œil malade est très suffisamment protégé par l'emploi de verres fumés de teinte moyenne, qu'on ne doit pourtant recommander qu'en cas de véritable phlegmasie; on ne devra jamais les ordonner aux névropathes qui se plaignent de simple photophobie et qui auraient tendance à ne plus pouvoir s'en passer.

Les verres prescrits doivent être tout à fait neutres et ne pas avoir de foyer comme en présentent si souvent les verres bombés du commerce. On peut se contenter de prescrire de larges verres plans. La coloration des verres doit être d'une teinte grise uniforme, non nuancée de violet ou de jaune. On évitera de mettre autour des verres, ces garnitures de soie si peu aseptiques.

Traitement général

Le traitement général est un utile adjuvant au traitement local, mais il ne peut que rarement guérir à lui seul une maladie oculaire. Il est évident qu'un syphilitique retirera un grand bénéfice des frictions et injections mercurielles, de l'iodure de potassium; qu'un rhumatisant bénéficiera de l'emploi du salicylate de soude et de la quinine, qu'un scrofuleux se trouvera bien de l'huile de foie de morue, des bains salés, des bains de Salies et de Biarritz, du séjour à la mer, etc.

Les purgatifs ne doivent pas être prescrits à tout propos, mais ils sont parfois utiles pour assurer l'antisepsie intestinale; le calomel est un des meilleurs.

Je n'ai pas grande foi dans l'emploi des vesicatoires, sangsues, ventouses, bains de pieds, etc., mais je vois peu d'inconvénients à en tolérer l'usage chez certains malades qui y ont une foi complète.

Il est plus important de combattre l'élément douleur par l'antipyrine, la phénacétine, les injections de morphine, et d'assurer le sommeil par le chloral, le sulfonal, le bromidia.

Règles hygiéniques. — Régime.

Il faut recommander la propreté absolue de l'organe malade qui ne devra être irrité par aucun frottement intempestif. Le patient évitera le grand vent, le froid vif, les poussières, le séjour dans l'air confiné et vicié, le théâtre, les diners en ville.

Il devra faire une promenade quotidienne lorsque le temps le permettra et ne jamais séjourner dans la classique chambre noire, malsaine, déprimante et inefficace.

On combattra la constipation, on recommandera un régime doux, d'où seront exclus les crustacés, les poissons de mer, les gibiers, les viandes faisandées, l'alcool, le café, les liqueurs.

Consultation Thérapeutique

Consultation pour surdités et bruits d'oreille

par A. Castex
chargé de cours à la Faculté

Aujourd'hui fermons les livres et les revues d'otologie. Transformons-nous en auristes praticiens. Nous allons supposer que nous sommes ici, dans notre cabinet de consultation et que des malades vont se présenter dont nous devrons établir le diagnostic et le traitement. Ce n'est pas tout à fait une fiction puisque plusieurs malades de la clinique vont vous être présentés pour servir d'exemples à mes descriptions.

Ce que j'ai à vous dire est puisé dans ma pratique et dans celle de mes assistants. C'est l'ensemble des enseignements recueillis sur ce registre et ces fiches que je vous conseille d'avoir sur votre table et où vous jetterez les notes de votre observation continue. C'est bien là de l'otologie vécue. Tel détail qui vous aura semblé d'abord de faible importance vous révélera sa haute signification par son retour fréquent dans votre recueil de notes.

Digitized by Google

Pour en venir à la pratique, imaginons que nous sommes consultés sur le cas de surdité par des malades dans des conditions diverses d'âge et de sexe.

Ce sera d'abord un adolescent, puis une femme aux approches de la ménopause, enfin un vieillard. Je choisis ces trois cas parce qu'ils nous amèneront à un diagnostic et à une thérapeutique assez différentes.

Le malade vient d'entrer. Qu'allez-vous lui dire? Que va-t-il vous répondre ?

I

Voici d'abord un adolescent. C'est un lycéen, un candidat aux écoles de l'État. Faites-le asseoir en face de vous et bien au jour pour l'observer mieux.

Vous demandez, soit à lui, soit aux personnes qui l'accompagnent :

« De quoi s'agit-il ? »

On vous répond :

« Il perd l'ouïe ; nous avons remarqué qu'il fait répéter ce qu'on lui dit surtout quand il mange à table, ou lorsque la conversation est générale entre plusieurs personnes. Au début, nous avons cru que c'était seulement de la distraction, mais maintenant nous craignons bien que ce soit un commencement de surdité. »

En effet, Messieurs, le pouvoir auditif est amoindri pendant le travail de la mastication à cause du bruit intérieur qu'il entraîne ; et si plusieurs personnes causent en même temps, l'oreille malade qui a perdu sa souplesse d'accommodation ne perçoit plus qu'un brouhaha confus. Qu'on ne se hâte pas de déclarer un enfant distrait parce qu'il ne répond pas à la question posée. Le plus ordinairement l'oreille est en cause.

Vous demandez ensuite :

« Y a-t-il eu des écoulements d'oreille ? »

Et ici vous ferez bien de spécifier, car l'entourage du malade entendra peut-être par le mot écoulement l'abondance du cérumen ou un eczéma suintant du conduit auditif. Le véritable écoulement est celui qui, dans la nuit, dépose sur l'oreiller des taches verdâtres.

Vous devez vous renseigner ensuite sur l'existence de bruits dans les oreilles et quand le malade en accuse vous informer des caractères qu'ils affectent en demandant : « à quoi ressemblent-ils » car, en thèse générale, les murmures comparables au bruit de la mer ou à celui qu'on entend dans les grands coquillages coïncident avec l'occlusion plus ou moins complète des canaux qui accèdent à la cavité tympanique (conduit auditif externe et trompe d'Eustache) ; les sifflements se rencontrent surtout dans les scléroses de l'oreille moyenne et les bruits musicaux (volées de cloches, etc.), dans les scléroses de l'oreille interne. Les bruits donnent donc déjà quelque prévention sur le siège des lésions.

Le malade a-t-il des vertiges ? C'est, vous le savez, un symptôme important et grave de diverses otopathies. Ici encore il faut bien s'entendre avec le sujet que l'on examine.

Votre malade ne saura pas toujours ce que signifie exactement le terme *vertige*. Parlez-lui de tournoiements dans lesquels il pivote sur lui-même (vertige subjectif), ou voit les objets ambiants pivoter autour de lui (vertige objectif).

Pour terminer cette enquête préalable, vous vous informez de la santé générale et des antécédents. N'a-t-on pas eu la scarlatine? la fièvre typhoïde ? la syphilis? y a-t-il des sourds dans la famille ? etc.

Dès lors, vous pouvez procéder à l'examen direct de l'organe. Vous voyez d'abord le conduit auditif. Comme il peut être encombré de cérumen, n'oubliez pas, si vous êtes appelé à examiner un malade à son domicile, de vous munir d'une seringue pour expulser les bouchons, ou votre examen risquerait d'être empêché dès son début. Avec le spéculum, vous établirez l'état de la membrane tympanique ; puis vous passez aux épreuves de diapason (de Weber, de Rinne) ; il en existe bien d'autres, mais celles-ci suffisent en pratique journalière. Relevez les portées auditives des deux oreilles pour les voix haute et chuchotée non sans inscrire les chiffres, à la date du jour, sur la fiche d'observation ; vous serez ainsi à même de juger ultérieurement l'amélioration procurée par le traitement, ou son inutilité.

Et c'est seulement à la suite de ces diverses épreuves que vous devez explorer la trompe d'Eustache par les insufflations d'air et l'introduction des bougies. Le faire d'abord risquerait d'assourdir momentanément l'oreille et de gêner l'examen. Vous n'en viendrez pas au diagnostic sans avoir vu les fosses nasales, le pharynx et le naso-pharynx par la rhinoscopie postérieure ou le toucher digital.

L'ensemble de votre examen vous amènera habituellement à l'un des diagnostics suivants : catarrhe tubo-tympanique, otorrhée, sclérose tympanique, hérédo-syphilis, surdité psychique.

Ce sera du *catarrhe tubo-tympanique*, si la membrane tympanique est congestionnée, si l'effet des diapasons est normal, si la muqueuse des fosses nasales est atteinte de façon ou d'autre, si surtout l'insufflation d'air améliore immédiatement l'audition.

Le diagnostic *otorrhée* s'impose si l'écoulement de pus s'est déclaré depuis longtemps, si l'air s'échappe par l'oreille quand le malade fait l'épreuve de Valsalva ou même s'il se mouche un peu fortement. Cette odeur *sui generis* que rapporte le bec du spéculum est l'indice d'une carie qu'il faut constater avec le stylet coudé. Assez souvent l'écoulement

Digitized by Google

est tari depuis longtemps, mais la membrane tympanique reste grisâtre, déprimée par places, atypique en un mot. C'est un *otorrhée tarie* qui exige un traitement tout spécial,

Vous pouvez conclure à *sclérose tympanique* avec ankylose ou demi-ankylose des osselets quand la membrane est enfoncée, quand les bourdonnements sont comparables à l'onomatopée *djii*, l'épreuve de Rinne négative et les antécédents arthritiques.

Il s'agira d'*hérédo-syphilis* chez les jeunes filles frappées de surdité au moment de la puberté et qui présentent la triade : dents d'Hutchinson, kératites interstitielles, lésions de l'oreille, sans parler du nez caractéristique et des autres stigmates.

On conclut à *surdité psychique* si le sujet est mou de caractère, quand il ne perçoit pas le diapason Vertex bien que d'ailleurs les oreilles se montrent normales à l'examen objectif.

Les parents vous demanderont souvent la cause et les suites probables du cas de leur enfant.

Pour répondre à la première question, tenez compte de votre diagnostic; la plupart du temps vous pourrez incriminer l'arthritisme dont les manifestations se retrouveront dans le dossier morbide de la famille.

La question des *suites*, c'est le pronostic. Il est favorable quand il s'agit de catarrhe tubo-tympanique, de surdité psychique, car on peut alors compter sur la guérison ; il est médiocre dans les otorrhées, puisque l'affection est tenace et grosse de complications possibles que vous devrez signaler aux parents ; il est mauvais pour les scléroses et les hérédo-syphilis ; ici, en effet, l'amélioration est des plus hypothétiques. Pourtant, ne soyez pas trop pessimistes, sinon tout traitement serait abandonné; et comme une erreur de diagnostic est très faisable, en l'espèce, différez votre jugement définitif.

Le traitement — je devrais dire l'ordonnance — varie d'après votre diagnostic.

a) Supposons qu'il s'agisse d'un catarrhe tubo-tympanique. Vous commencez par désinfecter les fosses nasales soit avec les douches nasales antiseptiques chaudes pratiquées trois fois par jour, avant les repas, au moyen d'une petite poire en caoutchouc, *sans force*, dans une direction horizontale et l'enfant respirant par la bouche, toutes conditions nécessaires pour que l'injection n'entre pas dans les trompes d'Eustache.

Vous avez le choix entre les solutions suivantes :

1°	Naphtol β	0 gr. 20
	Eau bouillie	1.000
2°	Résorcine	5
	Eau bouillie	1.000
3°	Phénosalyl	1
	Chlorure de sodium	5
	Eau bouillie	1.000
4°	Acide salicylique	1
	Chlorure de sodium	10
	Bicarbonate de soude	20
	Eau bouillie	1.000

S'il se trouve des contre-indications à l'injection nasale, bornez-vous à faire mettre dans les narines, matin et soir, gros comme un pois de l'une des formules :

Résorcine	0 gr. 50
Vaseline	10

ou

Menthol	0 gr. 50
Vaseline	10

La désinfection assurée, pratiquez des insufflations d'air dans les trompes avec la sonde d'Itard, tous les jours environs, en y ajoutant l'introduction de bougies (bougirage) si ces conduits se montrent rétrécis.

Pour mettre en état les cavités intérieures du nez il faut traiter par des galvano-cautérisations la rhinite hypertrophique assez fréquente. Ce moyen seul a pu suffire à améliorer l'oreille ; il faut surtout cureter le cavum lorsque l'exploration digitale y a révélé la présence d'adénoïdes. Enfin, vous combattez le lymphatisme du sujet par l'administration de l'iode et des phosphates, par les séjours à la mer, des cures à la Bourboule, à Salies de-Béarn, etc.

b) S'agit-il d'une otorrhée coulant encore, essayez de stériliser avec des gouttes de glycérine phéniquée au 10e, ou des gouttes d'eau oxygénée (une dizaine environ matin et soir). Si c'est possible, chargez vous des pansements et des injections qu'il sera bon de pratiquer quelquefois de dedans en dehors par la trompe. Que, si ce traitement simple ne suffit pas, faites entrevoir l'opportunité d'un curetage, d'une extraction des osselets ou d'un évidement pétro-mastoïdien.

On vous demandera :

Faut-il couvrir habituellement cette oreille ? oui, mais simplement au moyen d'un petit tampon d'ouate aseptique mis en place après les pansements.

L'enfant peut-il travailler ? oui, mais avec modération.

Devrait-il aller à la mer ? Non, car elle est plutôt nuisible aux otorrhéiques.

Les otorrhées taries réclament la douche d'air et parfois des synéchotomies.

c) Contre les scléroses tympaniques, il est bon de donner de l'iode.

Iodure de sodium	10 gr.
Eau distillée	200

Digitized by Google

une cuillerée à café le matin, pendant une quinzaine de jours chaque mois ; des bromures pour calmer les bourdonnements. Comme moyens mécaniques, le massage de tympan, le cathétérisme des trompes avec le bougirage. Leur emploi comporte de la prudence car on les voit quelquefois aggraver la situation du jeune malade. Les exercices en plein air seront prescrits pour atténuer l'arthritisme, mais les séjours à la mer seraient au moins aussi nuisibles que dans les otorrhées.

d) Si l'hérédo syphilis est bien établie, le traitement spécifique sera obstiné, car on a enregistré des succès inattendus. Les injections sous-cutanées de pilocarpine seront un adjuvant utile.

Chlorhydrate de pilocarpine	1 gr.
Eau distillée	50

Six gouttes en injections hypodermiques, tous les deux jours.

Le traitement mécanique local (cathétérisme, massages du tympan, etc.) vient en aide aux autres moyens pour maintenir la mobilité dans les articulations des osselets.

e) La surdité psychique se traite par les exercices acoustiques et les courants électriques continus (une séance par jour, de dix minutes, à 3 ou 4 miliampères).

II

Voyons, en second lieu, le cas habituel d'un adulte qui vient consulter pour ses oreilles.

Souvent, il s'agira d'une femme aux approches de la ménopause, car les congestions céphaliques si fréquentes à cette période exagèrent les troubles ressentis.

Entrez en matière par la question d'usage : « De quoi s'agit-il ? »

On vous répondra : « J'ai, dans les oreilles, des bruits intolérables, tous ceux que l'on entend dans un voyage en chemin de fer, roulement du train, sifflet de la machine, etc. Parfois, c'est une sonnerie de cloches, un vrai vacarme en tous cas. » Les comparaison ordinaires ne suffisaient pas à un de mes clients qui me parla de « bombardement ».

Bien souvent ces bruits d'oreille donnent l'alarme, mais les malades peuvent se faire illusion sur leur signification.

Un père de famille m'a raconté qu'au début de sa sclérose tympanique il entendait un bruit de machine; comme on construisait une maison dans le voisinage il crut devoir expliquer ce bruit insolite par les manœuvres du chantier de construction : « Entendez vous ces machines? disait-il à ses enfants. — Mais non, lui répondait-on, nous n'entendons rien. — Et haussant les épaules, il répliquait : vous devenez donc sourds. »

Et c'est fréquemment ainsi, nous nous méprenons sur la portée de ces bourdonnements comme nous méconnaissons une surdité incipiente.

C'est qu'au début nous ne nous sentons pas gênés par la dureté d'ouïe et c'est seulement lorsque nous nous trouvons au milieu d'une conversation générale, dans un dîner par exemple, que nous perdons une grande partie des propos échangés.

« Ce qui est singulier, vous dira-t-on, c'est que j'entends mieux pendant un voyage en chemin de fer ou si je monte dans une voiture. Les bruits environnants aident mon audition ». C'est la paracousie de Willis ou surdité paradoxale qui déjà vous annonce un pronostic fâcheux.

Parlez lentement et doucement à votre client ; il saisira mieux vos questions. Vous vous informez tout d'abord de l'ancienneté des troubles accusés. Ordinairement, le début remonte à une époque assez éloignée, parce qu'on néglige de consulter tant qu'une seule oreille est prise. Mais avant de pousser plus loin votre interrogation, si la surdité sans bourdonnement et la brusquerie de son apparition vous font soupçonner une accumulation de cérumen qui, se déplaçant brusquement, aurait complètement oblitéré la lumière du conduit auditif, regardez avec le spéculum de Toynbee, pour ne pas perdre de temps en questions inutiles.

Si les conduits auditifs sont libres, informez-vous des antécédents de famille, sans y insister par trop cependant, car vous risqueriez de décourager votre client qui se rappellera tel de ses ascendants dont la surdité est restée légendaire dans la famille. Expliquez même que les surdités des aïeux tenaient souvent à des bouchons de cérumen méconnus ou à des causes accidentelles et personnelles (scarlatine, etc.).

Renseignez-vous sur le nombre des grossesses, car il n'est pas douteux que leur répétition influe fâcheusement sur la marche d'une sclérose otique.

Quand vous en viendrez à l'examen direct, procédez comme pour le premier malade dont il a été question. Explorez successivement le conduit auditif, la membrane tympanique, les fosses nasales, les trompes par les procédés usuels, mais recourez surtout au diapason qui, dans les épreuves de Weber, de Rinne, de Schwabach et autres, vous donnera les plus utiles renseignements. Enfin, relevez les portées auditives pour les voix haute et chuchotée ; ces données acoumétriques permettront d'évaluer la marche de l'affection par les améliorations ou aggravations qui pourront survenir.

L'examen vous conduira presque invariablement au diagnostic sclérose otique. Ce durcissement des divers éléments de l'oreille pourra dominer à la caisse du tympan ou au labyrinthe, ce que l'épreuve de Rinne vous indiquera.

Digitized by Google

Il y a parfois, compliquant et aggravant l'effet des lésions scléreuses, un certain degré d'hystérie qu'il convient de déterminer. Plusieurs observateurs, Gradenigo entre autres, ont appelé l'attention sur ces symbioses hystéro-scléreuses.

Votre diagnostic ne sera bien établi que si vous avez encore éliminé la possibilité de surdités infectieuses (oreillons, syphilis) ou toxiques (tabac, alcool, quinine, saturnisme, etc.)

Le pronostic de la sclérose otique est grave toujours. La coexistence d'hystérie curable l'atténue en partie.

Pour le traitement de cas semblables, il ne faut pas être auriste seulement, en outre, il faut se hâter, sinon le malade glisse à la mélancolie et a des idées de suicide plus impérieuses quelquefois que toute autre considération.

Localement, vous devez employer le cathétérisme de la trompe d'Eustache, en y ajoutant le bougirage si elle se montre rétrécie. Les aspirations sur le tympan avec le masseur de Delstanche, les courants continus pourront vous donner de bons résultats.

Contre les bourdonnements : employez les bromures, le bromoforme, le bromidia, l'antipyrine. Ne permettez pas le café et les alcools. Conseillez le repos intellectuel, l'exercice au grand air, la tête élevée pendant le sommeil. Faites soigner le cœur, le tube digestif, l'arthritisme. Envoyez les nerveuses à Néris.

Vous avez eu soin de noter le degré de l'audition. Si le traitement médical n'a pas donné d'amélioration, pensez aux traitements chirurgicaux : myotomies, ablation des osselets qui ont pu donner quelques résultats partiels. Quant à l'évidement pétromastoïdien, il n'a pas justifié les espérances qu'on en avait conçues.

III

Une dernière variété de malade qui fréquente assez souvent nos consultations, c'est le vieillard.

Celui-ci se présente avec un air de scepticisme. Pour lui-même, dit-il, il ne serait pas venu, car personnellement, il ne conserve aucun espoir de guérir. « Les ans en sont la cause », répète-t-il avec le fabuliste, mais sa femme lui reproche de ne pas consulter et ses enfants le lui ont demandé.

Vous demandez : « Depuis quand vos oreilles sont-elles devenues dures ?

— Progressivement depuis plusieurs années. J'ai d'abord entendu un peu *flou* et peu après j'ai senti mon ouïe faiblir de plus en plus.

— Entendez-vous des bourdonnements ?

— Non. J'en ai eu dans le temps, mais ils ont disparu. — Ce qui signifie que le labyrinthe a fini par se scléroser entièrement.

Procédez à l'examen en commençant par la recherche des bouchons de cérumen. A cet âge, ils peuvent être crétifiés et présenter des difficultés pour leur ablation. Voyez les diverses parties de l'oreille et servez-vous surtout du diapason qui vous montrera l'épreuve de Rinne positive, c'est-à-dire physiologique, car la caisse n'est pas plus altérée que le labyrinthe. Voyez le cœur et les artères dont la sclérose vous expliquera bien des troubles observés.

Vous expliquez à votre malade que c'est le fait de l'âge. « Alors, fait il, c'est bien sans aucun espoir ». Rassurez-le en lui disant qu'une *maladie* de l'oreille serait plus grave, car elle aboutirait à la surdité complète, tandis que la sénilité de l'organe ne l'affaiblit que lentement, et que dans ces conditions notre audition ne nous abandonne pas entièrement avant le terme final de notre vie.

Surtout n'infligez pas un traitement local. Laissez tranquille votre client ; vous lui donneriez des bourdonnements. Que penseriez-vous d'un médecin disant à une personne âgée : « Vos jambes sont devenues faibles, marchez donc beaucoup. »

Evitez à ces vieillards les bruits fatigants. Qu'ils se tiennent plus éloignés des réunions de famille qui, de l'aveu de beaucoup d'entre eux, les fatiguent particulièrement.

Un de mes clients, âgé de 87 ans, a ses oreilles, comme ses yeux, très affaiblies. Pour la lecture de son journal, il emploie des lunettes pendant cinq minutes, puis demande à sa lectrice de lui lire pendant cinq autres minutes, après quoi, il requiert à nouveau l'usage de ses yeux économisant ainsi ses deux appareils sensoriels.

Le silence complet serait nuisible. Ils peuvent aller de temps en temps au théâtre, au concert, pour entretenir leur reste auditif.

Enfin, conseillez l'emploi d'un cornet ou d'un tube acoustique bien choisis. C'est ici qu'ils trouvent leur plus logique indication.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pilules de sublimé :

Extrait d'opium	0 gr. 50
Sublimé	2 grammes
Chlorure de sodium	2 —
Gomme arabique pulv.	2 —
Glycérine	2 —
Eau	3 —
Gluten	7 gr. 50

Pour cent pilules. (Hôpital Ricord).

Digitized by Google

MÉMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la rupture des kystes de l'ovaire. — Fossard (*Th. Paris*, 1901) étudie sous ce nom les solutions de continuité qui, siégeant sur un point quelconque de la paroi de ces néoplasmes, sont tantôt favorisées par une dégénérescence préalable ou un amincissement extrême des enveloppes kystiques, tantôt véritablement indépendantes de tout processus dégénératif.

La fréquence en serait assez grande et les deux grandes causes seraient le traumatisme et les altérations des parois du kyste. La grossesse, l'accouchement et les suites de couches favorisent beaucoup la rupture des kystes de l'ovaire.

Les lésions observées varient suivant que la rupture se fait dans la cavité péritonéale ou dans les organes de voisinage ; dans les ruptures intra-péritonéales, la réaction péritonéale dépend avant tout de la nature du liquide épanché.

Cliniquement, la rupture des kystes de l'ovaire se présente sous des aspects très variables, ce qui est dû au volume, au contenu du kyste, à sa nature, au siège et à la cause de la rupture, à l'étendue de l'orifice.

Dans la rupture à forme d'inondation péritonéale, la malade ressent une douleur vive dans le ventre, une sensation de déchirure accompagnée de défaillances allant depuis un léger étourdissement jusqu'à la syncope mortelle.

Les douleurs sont habituellement généralisées à tout l'abddmen, mais on peut observer aussi une douleur localisée qui correspond assez exactement au siège de la perforation. On peut observer en même temps des pertes sanglantes liées ou non aux règles. On observe dans certains cas tous les signes d'une hémorrhagie interne, c'est alors que la rupture du kyste s'est compliquée d'une rupture vasculaire ; on peut observer, en pareil cas, la péritonite aiguë, la syncope ou la mort subite.

A l'examen, le ventre ne pointe plus en avant, il est aplati comme le ventre distendu par l'ascite ; au palper, on ne trouve plus le kyste, mais on a tous les signes d'une ascite assez considérable.

Les symptômes consécutifs varient avec le degré de septicité, de toxicité du liquide épanché. Si celui-ci est trop septique, les symptômes de la péritonite aiguë généralisée ne tarderont pas à faire leur apparition. Si, au contraire, le liquide est aseptique ou peu septique, les symptômes consécutifs peuvent être insignifiants ou se limiter à des douleurs abdominales avec ballonnement du ventre, nausées, vomissements, petite élévation de température ; cette ascite ainsi instituée va disparaître peu à peu, en un mot se résorber.

Dans une autre forme, des poches moyennes ou petites se perforent ; insidieusement, plus ou moins sournoisement, à intervalles plus ou moins rapprochés, la sérosité va s'épancher dans le péritoine ; il y aura peu ou pas de symptômes immédiats ; peu de réaction péritonéale, mais, peu de temps après, l'ascite va traduire sa présence par des signes indéniables, et ici c'est l'ascite à répétition qui va dominer la scène.

La symptomatologie est toute autre si la rupture du kyste est suivie de son évacuation dans une cavité viscérale. La rupture est précédée de douleurs dues aux adhérences et aux ulcérations des parois contiguës ; au moment où elle se produit, des douleurs poignantes éclatent dans le bas-ventre. La constatation directe de l'écoulement s'ajoute à l'affaissement du kyste pour renseigner le chirurgien. Le symptôme capital de la rupture extra-péritonéale, c'est l'écoulement du contenu.

Le diagnostic sera plus ou moins facile suivant que le kyste aura été reconnu préalablement ou ignoré jusqu'alors. C'est avec les autres accidents du kyste, surtout la torsion, et avec les tumeurs abdominales qu'on pourra confondre ; une analyse minutieuse des symptômes permettra cependant d'arriver dans beaucoup de cas à reconnaître l'origine des accidents.

Le pronostic n'est pas le même pour tous les cas : à côté des ruptures intra-péritonéales amenant une mort subite, il en est d'autres qui sont un mode de guérison de ces néoplasmes.

En dehors des accidents mortels immédiats qu'elle peut provoquer, la rupture est encore dangereuse au point de vue des complications qu'elle peut entraîner. Lorsque les malades guérissent après avoir éprouvé des symptômes péritoniques, la formation d'adhérences entre la paroi du kyste et les organes voisins est fatale ; d'où les vives douleurs dans le ventre, possibilité d'étranglement interne, enfin complication des opérations abdominales ; de plus, une première rupture prédispose à des ruptures répétées.

L'état puerpéral aggrave le pronostic ; d'après Remy, la rupture serait grave pendant la grossesse, plus grave pendant le travail, plus grave encore pendant les suites de couches.

Le pronostic général des ruptures des kystes de l'ovaire sera de plus en plus amélioré si on se per-

Digitized by Google

suade du fait que cette complication, traitée chirurgicalement à temps, donne une statistique presque vierge de mortalité.

En effet, tout le monde est d'accord sur ce point que la laparotomie est le seul traitement des kystes de l'ovaire, et *à fortiori*, le véritable traitement des kystes compliqués de rupture. Cependant, dans les cas où la malade ne présente pas d'accidents comme cela arrive dans les kystes para-ovariques, et qu'après la rupture, l'état général est excellent, on ne retrouve plus le néoplasme, l'abstention sera de règle, et l'on n'interviendra que si le kyste se reproduit.

Dans les ruptures avec inondation péritonéale, la laparotomie doit être pratiquée le plus tôt possible pour donner de bons résultats.

Si la rupture se produit pendant la puerpéralité, il faut intervenir et le plutôt sera le mieux. J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du phénate de cocaïne. — L'acide phénique comme la cocaïne produit de l'ischémie et de l'insensibilité des tissus. D'après von Œfele, la combinaison de ces deux substances sous forme de phénate de cocaïne posséderait des propriétés thérapeutiques supérieures à celles du chlorhydrate de cocaïne.

D'après cet auteur, l'action analgésique locale du phénate de cocaïne serait plus persistante que celle du chlorhydrate de cocaïne et son emploi diminuerait les chances d'intoxication cocaïnique.

Ces propriétés et avantages seraient dus à son insolubilité presque compléte dans les solutions aqueuses. Employé en applications locales, il ne se résorbe que peu ou point, d'où l'absence d'intoxication et la persistance de l'action analgésique qui pourrait durer jusqu'à trente-six heures. Cette substance peut être employée à l'intérieur et en injections hypodermiques.

Von Œfele s'est servi des formules suivantes :

1° Pour applications locales dans le pharynx, sur les amygdales, etc.

Phénate de cocaïne.....	1 gramme
Alcool absolu.....	10 —

Mêlez. — Usage externe.

ou bien :

Phénate de cocaïne.....	1 gramme
Ether sulfurique alcoolisé.....	10 —

Mêlez. — Usage externe.

2° Pour injections hypodermiques et pour instillations dans l'oreille (dans les cas d'otalgie) :

Phénate de cocaïne	0 gr. 10

Faites dissoudre dans :

Alcool.....	5 grammes

Ajoutez :

Eau distillée	5 grammes

F. s. a. Injecter le contenu de 1 à 3 seringues de Pravaz de cette solution.

3° Pour pulvérisations et inhalations (dans les affections du larynx et des bronches) :

Phénate de cocaïne.....	10 centigr.
Menthol	25 —
Alcool dilué.....	10 —

F. s. a. Employer en pulvérisations la cinquième partie de cette solution dans le courant de la journée.

CLINIQUE MÉDICALE

Les gastropathies d'origine cardiaque. — Les troubles cardiaques d'origine gastrique ne sont connus que depuis les travaux de Leared qui, dans un ouvrage sur les maladies de cœur, déclare qu'ils peuvent parfois dominer la scène au point que le hasard seul fait découvrir au médecin leur cause première, la maladie de cœur.

M. Valentin (*Th. Lille* et *Nord Méd. 1901*) déclare que les gastropathies d'origine cardiaque se rencontrent dans 24 0/0 des cas et que les troubles gastriques peuvent apparaître avant même que l'on ait constaté la lésion cardiaque, mais que le plus souvent, ils sont consécutifs à l'asystolie. Ils s'observent de préférence chez les hommes adultes et chez les vieillards. En outre, il existe un rapport entre la fréquence des cardiopathies et les diverses lésions cardiaques, car les troubles digestifs se rencontrent surtout dans les lésions mitrales, puis avec une fréquence décroissante, dans les lésions aortiques, les myocardites, les dégénérescences du myocarde, les péricardites chroniques.

Au point de vue clinique, il n'y a pas lieu de distinguer et d'étudier séparément les gastropathies mitrales et les gastropathies aortiques. M. Valentin adopte la classification établie par M. Carrière, qui lui a inspiré sa thèse :

1° Gastropathies de l'hyposystolie ; Forme gastralgique hypersthénique ; forme dyspeptique hyposthénique

2° Gastropathies de l'asystolie ;

classification qui a l'avantage de cadrer avec les faits et les recherches cliniques.

La forme gastralgique hypersthénique peut se présenter sous les trois aspects principaux :

1° La gastralgie légère ;

2° L'accès gastralgique moyen ;

3° L'accès gastralgique violent ;

et se caractérise par de l'hypopepsie, de l'exagération de la motricité et de l'hypersthénie.

La forme dyspepsique hyposthénique est beau-

Digitized by Google

coup plus fréquente que la précédente ; elle se caractérise par la prédominance d'accidents très nets de dyspepsie flatulente et par le syndrome chimique suivant : hypopepsie du deuxième degré, hyperchlorurie, hyposthénie.

Les gastropathies de l'asystolie se présentent d'une façon assez uniforme et se caractérisent par : l'hypopepsie du premier degré, l'hypochlorhydrie extrême, l'hyperchlorurie et l'hyposthénie extrême. L'évolution des gastropathies d'origine cardiaque est essentiellement variable ; elles peuvent s'améliorer sous l'influence d'un traitement approprié à l'état du cœur ; elles peuvent progresser jusqu'à l'asystolie et produire l'inanition ou une aggravation de l'asystolie : enfin, elles peuvent aboutir à une hématémèse mortelle.

Le diagnostic différentiel doit permettre d'éliminer les crises gastriques du tabes, de la sclérose en plaques, de l'hystérie et de la neurasthénie, de même que l'ulcère rond, l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion, la sténose pylorique, le cancer de l'estomac, les intoxications par la digitale, la caféïne, la strophantine, les iodures, l'alcool.

Le diagnostic de gastropathie d'origine cardiaque une fois posé, peut se contrôler par les constatations suivantes : 1° Les troubles gastriques apparaissent ou s'exaspèrent lorsque l'état du cœur s'aggrave, lorsque son fonctionnement devient plus défectueux ; 2° Ils disparaissent, au contraire, si le fonctionnement du cœur s'amende, soit spontanément, soit thérapeutiquement.

Comme pronostic, les gastropathies d'origine cardiaque offrent toujours une certaine gravité.

Au point de vue anatomo-pathologique, on observe surtout des lésions de congestion : les capillaires sont dilatés au maximum et compriment les fibres musculaires et écartent les culs de-sac glandulaires, les fibres cellules et les cellules glandulaires sont plus ou moins dégénérées et l'on observe sous la séreuse des arborisations vasculaires et même de petites ecchymoses.

La forme gastralgique a une pathogénie complexe, elle peut toutefois s'expliquer par la théorie de la claudication intermittente de l'estomac lequel, par suite du processus artério-scléreux qui a envahi tous les vaisseaux, ne reçoit plus suffisamment de sang pour lutter contre une surcharge alimentaire. La forme hyposthénique s'explique par l'hyperhémie de la paroi de l'estomac et de sa muqueuse de même que ls gastropathies de l'asystolie.

Les gastropathies cardiaques sont justiciables d'abord d'un traitement préventif et quand elles sont déclarées, il faudra recourir à la digitale sous forme d'infusion le poudre de feuilles ou de solution de digitaline, puis à la spartéïne et à la caféïne, les jours suivants ; contre la dyspepsie flatulente, le malade prendra des solutions amères et des solutions renfermant de l'acide chlorhydrique ; contre la douleur, on aura recours à l'eau chloroformée et à la cocaïne ; enfin, pour lutter contre les vomissements incoercibles de l'asystolie on fera prendre dans du lait une à quatre gouttes de la mixture :

Picrotoxine.....	0 gr. 10
Alcool pour dissoudre.....	Q. S.
Chlorhydrate de morphine....	0 gr. 05
Sulfate d'atropine.....	0 — 01
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes

S. R.

Les diverses formes de la colique de plomb — Dans les traités classiques, le symptôme de la colique de plomb, toujours univoque, se trouve réduit à quelques signes importants réputés comme constants : tels sont les coliques, les vomissements, la constipation, la rétraction du ventre, l'apyrexie.

M. Henry Bernard (*Th. de Paris* 1901) montre que cette description classique est insuffisante à donner une idée exacte de l'affection ; en effet, de tous les symptômes réputés cardinaux de la colique de plomb, un seul ne manque jamais, c'est la douleur ; tous les autres peuvent manquer ou être remplacés par des symptômes de signification opposée : la constipation peut être remplacée par de la diarrhée, les vomissements peuvent faire complètement défaut, etc.

En outre, certains signes sur lesquels on s'appuie fréquemment pour faire un diagnostic différentiel sont loin d'être constants : c'est ainsi que l'abdomen, loin d'être toujours rétracté, garde le plus souvent sa forme normale, que parfois même, il est ballonné ; la palpation abdominale profonde est souvent plus douloureuse que la palpation superficielle; il n'est pas rare de voir l'apyrexie remplacée par un état fébrile plus ou moins marqué.

La combinaison de ces divers symptômes, normaux ou anormaux, donne lieu à un certain nombre de formes cliniques dont les plus importantes sont : des formes localisées dans lesquelles les symptômes sont nettement prédominants en un point localisé de l'abdomen, particulièrement dans l'une ou l'autre fosse iliaque, et qui simulent l'appendicite; des formes paralytiques, dans lesquelles l'intestin paralysé et distendu par des gaz, provoque du ballonnement abdominal; la paralysie intestinale, accompagnée ou non de spasme, peut aller jusqu'à réaliser le syndrome d'obstruction passagère ; des formes subfébriles et fébriles dues vraisemblablement à la coïncidence avec la colique de plomb, d'entérite légère ou d'appendicite catarrhale.

La colique de plomb présente des rapports i

Digitized by Google

ressants avec diverses affections, particulièrement avec l'appendicite et l'entérite. L'erreur a été fréquemment commise entre une appendicite et une entérite; d'ailleurs, le même malade peut faire alternativement des crises d'appendicite et des crises de coliques de plomb; l'appendicite peut même se combiner avec la colique : tantôt l'évolution débute par une colique de plomb pour finir par une appendicite, tantôt la colique se complique d'appendicite catarrhale nette légère. Une entérite aiguë peut également compliquer la colique due soit à une poussée aiguë d'un catarrhe intestinal chronique, soit à l'action des drastiques sur l'intestin.

Le traitement du syndrome doit bénéficier de ces notions cliniques; il faut retarder l'emploi des évacuants intestinaux jusqu'à ce que l'on possède la certitude d'un diagnostic exact. — B. H.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement de l'eczéma arthritique des enfants. — L'eczéma est une des manifestations les plus fréquentes de la diathèse arthritique; on l'observe chez le nourrisson et au cours de la première et seconde enfance. Le diagnostic de cette variété d'eczéma arthritique a pour bases : 1° La recherche des stigmates de la diathèse, des symptômes désignés par Comby sous le nom d'uricémie, l'analyse des urines qui ont une densité élevée et contiennent de l'acide urique et des urates en excès; 2° les antécédents héréditaires; 3° la symptomatologie de cet eczéma qui est généralement sec, non croûteux, très prurigineux, qui évolue par poussées successives, se montre rebelle au traitement et alterne avec d'autres manifestations de l'arthritisme.

Le traitement, d'après M. Leullier (Th. 1901) doit être : prophylactique, général et local :

I. La prophylaxie consiste à élever l'enfant au sein, en donnant des tétées courtes et peu fréquentes, la nourrice s'abstenant d'alcool, de boissons fermentées, de mets épicés, d'une alimentation trop azotée; le lait ne doit pas être trop vieux.

II. Le traitement général consiste d'abord à éviter la suralimentation. Si l'enfant est sevré, on lui donnera un régime peu azoté : on ne permettra les viandes, et surtout les viandes rouges, que tardivement; on ne donnera ni vin, ni boissons alcooliques, ni café, ni thé; les selles seront régularisées; on insistera sur les légumes verts, les fruits cuits, les pruneaux, les marmelades de pommes et de poires, la banane; on permettra peu de pain, plutôt du pain de Graham.

L'hydrothérapie (drap mouillé, ablutions froides), le massage, les frictions au gant de crin, avec l'alcool, le baume de Fioraventi, le liniment de Rosen sont utiles. La vie au grand air, les exercices physiques sont nécessaires.

Les alcalins (bicarbonate de soude et de potasse, acétate de potasse, magnésie calcinée, benzoate de lithine), seront administrés à des doses modérées, intermittentes, pendant dix jours par mois. Comby prescrit souvent

Bicarbonate de soude.....	àà	0 gr. 20
Magnésie calcinée.....		
Poudre de noix vomique.....		0 — 01

Pour un paquet, à prendre avant le repas dans une cuillerée d'eau sucrée.

Les « dépuratifs » devront être proscrits.

Chez les enfants assez grands, on ordonnera une cure hydro-minérale : Vals, Vichy, Royat, Saint-Nectaire conviennent aux arthritiques; Saint-Gervais aux nerveux excités; Contrexéville, Vittel, Evian aux obèses et aux graveleux; Bussang, Orezza aux arthritiques affaiblis; les eaux de la Bourboule, Uriage et Luchon sont les plus efficaces.

III. Le traitement local doit passer au second plan. Il consistera en applications de pommades à l'oxyde de zinc, additionné de menthol ou d'acide salicylique en faible quantité; la vaseline, souvent mal supportée, peut être remplacée par l'axonge benzoïnée, on pourra prescrire :

Axonge benzoïnée.....	àà	20 grammes
Vaseline.....		
Acide borique.....		2 —
Oxyde de zinc.....		2 —

pour applications locales; poudrer ensuite avec :

Poudre de talc.....	àà	20 grammes
— d'amidon.....		
Lycopode.....		
Acide salicylique.....		1 —

E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Les divers traitements du lupus vulgaire. — Au moment où une nouvelle méthode de traitement du lupus, la méthode de Finsen, fait son apparition, il était intéressant de passer en revue les divers traitements de cette affection avec leurs indications respectives. C'est ce qu'a fait M. Darbois (*Th. de Paris*, 1901).

Le *traitement hygiénique*, dont les principaux éléments sont la cure d'air et la suralimentation, est la base presque indispensable de toute bonne thérapeutique contre le lupus. Comme excellent adjuvant, on prescrira quelques médicaments, tels que l'huile de foie de morue la créosote, l'arsenic, l'iodure de fer.

Digitized by Google

Les procédés de traitement local sont de deux ordres. Les uns tentent la *cure radicale* du lupus, les autres sont des traitements de longue durée, des *traitements modificateurs*. Parmi les premiers, citons la cautérisation en masse du lupus par le fer rouge, méthode brutale qui laisse de profondes cicatrices; les scarifications ignées en masse, qui paraissent donner de meilleurs résultats; l'ablation du lupus au bistouri, suivie de réunion par première intention, ou de greffes, suivant que la peau de la région est extensible ou non, suivant aussi l'étendue du lupus; cette dernière méthode est excellente, en raison de la rapidité avec laquelle elle amène la guérison, mais elle est fréquemment suivie de récidives.

Les procédés de longue durée, plus communément employés, sont : la *scarification*, indiquée surtout dans les formes congestives et hypertrophiques du lupus, dans le lupus des orifices et dans le lupus galopant de la face; le *râclage*, bon seulement dans les lupus de grande étendue du tronc et des membres; l'*ignipuncture*, au moyen du thermo ou mieux du galvano-cautère, qui donne de très bons résultats; la *cautérisation* par des caustiques chimiques, potasse caustique (Unna), permanganate de potasse en poudre ou solution, monochlorophénol, chlorure de zinc, nitrate d'argent, etc., utile souvent comme adjuvant d'un autre procédé. Les injections locales médicamenteuses, de calomel principalement, pas plus que l'électricité n'ont jusqu'ici donné de résultats satisfaisants.

La *méthode de Finsen*, basée sur l'action bactéricide des rayons lumineux et sur leur propriété de pénétrer à travers la peau, a de grands avantages : cicatrices excellentes; absence de douleur; possibilité de son application dans la généralité des cas; mais c'est un traitement d'une application longue et coûteuse. — B. H.

HYGIÈNE

Vaccination antirabique. — Depuis l'invention de la méthode Pastorienne pour la vaccination de la rage, on a cherché à trouver dans le sérum et les sécrétions des animaux vaccinés des substances antitoxiques, des anticorps dont l'inoculation préventive ou curative pourrait remplacer celle des moelles rabiques.

Aoust (*Thèse de Montpellier, 1900*) relate les expériences qu'il a faites dans ce but et qui d'ailleurs n'ont pas abouti à des résultats pratiques.

Le sérum de mouton immunisé par injection intra-veineuse manifeste une certaine propriété préventive, mais son efficacité très restreinte ne paraît pas pouvoir être utilisée.

Pendant la période d'incubation chez les animaux inoculés avec du virus fixe, l'injection de sérum de mouton immunisé sous-cutanée, intrapéritoneale ou intra-veineuse est inefficace; intra-cérébrale, elle a une certaine efficacité. Mêlé au virus fixe et introduit par trépanation, ce sérum donne une prolongation de la période d'incubation.

Le sérum agit plus activement chez les animaux inoculés avec le virus des rues.

La bile de lapin manifeste une action antivirulente quand on la met en contact avec le virus; il suffit de quelques minutes de contact pour neutraliser le virus fixe. Cette action ne paraît nullement spécifique, elle se produit aussi bien avec de la bile de lapin normal qu'avec la bile rabique; en outre, elle ne s'exerce qu'au contact; les injections de bile ne paraissent pas avoir d'action préventive. E. L. M.

L'allaitement artificiel de la classe pauvre. La «Goutte de Lait» du Havre. — On se préoccupe à juste titre de la dépopulation de la France, et philanthropes et médecins cherchent par tous les moyens à y remédier. Un des meilleurs consiste certainement à assurer l'alimentation des nouveau-nés soit par le lait de la mère, soit par le lait stérilisé donné avec toutes les précautions nécessaires. C'est dans ce but que se sont fondées dans différentes villes une série d'œuvres qui ont été désignées par le nom de «Goutte de Lait».

M. G. Lefillâtre étudie dans sa thèse la «Goutte de Lait» du Havre et son fonctionnement.

Le lait est apporté deux fois par jour d'une ferme voisine, vérifié quant à sa fraîcheur par l'indigotine, humanisé, réparti dans des bouteilles qui doivent servir chacune à un seul repas, et stérilisé à 102°.

Deux fois par jour, les mères viennent chercher le lait stérilisé, qui leur est remis dans neuf bouteilles contenant une dose proportionnelle à l'âge de l'enfant. La distribution, gratuite pour les uns, est semi-payante pour d'autres et payante (0 fr. 75 à 1 fr. par jour) pour la 3e catégorie.

La mère qui sollicite son admission à la «Goutte de Lait» est soumise à un interrogatoire au cours duquel le médecin vérifie les raisons qui l'empêchent de nourrir l'enfaut au sein. Il est remis à la mère un livret contenant des conseils pratiques sur l'allaitement.

De temps en temps, les enfants sont examinés par le médecin.

La «Goutte de Lait» du Havre fonctionne depuis deux années seulement et déjà les résultats obtenus sont des plus satisfants. La mortalité par entérite des enfants qui y ont été soignés est très inférieure à la mortalité par entérite des nouveau-nés en ville. — E. L. M.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Les maladies du cœur dans l'artériosclérose. — Il est certainement honorable et beau de faire des recherches de contrôle ; il est moins beau de se poser en initiateur quand les recherches de contrôle ont simplement confirmé des faits connus. C'est ce qui est arrivé à M. le professeur von Basch dans le livre que nous présentons à nos lecteurs. L'auteur nous y expose une partie de l'histoire de l'artériosclérose et des cardiopathies artérielles. Quelques phénomènes bien connus ont eu des noms nouveaux : la période de l'hypertension artérielle spasmodique ou préscléreuse est devenue la pseudo-angiosclérose. Von Basch insiste sur la haute nouveauté du fait « un novum », comme il dit — parce qu'on ne peut le reconnaître qu'avec le sphygmomanomètre. Mais voici plus de dix ans que tout le monde mesure la tension artérielle, et il y a longtemps qu'on a étudié la préscléroose chez nous.

L'artériosclérose simple devient l'angiosclérose latente ; la période des scléroses viscérales, en particulier de la sclérose rénale, devient l'angiosclérose manifeste. Inutile d'en énumérer ici la symptomatologie ; von Basch n'a rien ajouté à ce qui est déjà classique en France.

Chacune de ces trois périodes de l'angiosclérose peut être compliquée de trois ordres de troubles *fonctionnels* cardiaques : d'asthme cardiaque, d'angine de poitrine, et de troubles du cœur par lésion valvulaire ou insuffisance du muscle.

Nous insistons sur *fonctionnels* : car la méthode anatomo-clinique a cessé de plaire et von Basch veut que le médecin « pense *physiologiquement* » dorénavant. Malheureusement la base physiologique est encore bien branlante : malgré le déterminisme le plus rigoureux, von Basch a vu lui-même que le cœur d'un lapin ne se comportait pas de la même façon que celui d'un autre lapin dans la même expérience (p. 54). En attendant il vaut donc mieux tabler encore sur une lésion anatomique fixe.

Sous la dénomination d'asthme cardiaque nous rencontrons les différentes variétés de dyspnée, depuis la dyspnée d'effort jusqu'à la dyspnée toxi-alimentaire, qui accompagnent l'évolution de la sclérose artérielle.

L'angine de poitrine de von Basch comprend toutes les sensations pénibles qui se passent dans la région précordiale et même ailleurs — par exemple dans les mains, les bras, les jambes Le syndrome angine de poitrine est une névralgie réflexe, ou centripète, ou centrifuge, qu'on rencontre dès la préscléroose. En réalité, von Basch embrasse sous la dénomination angine de poitrine toute une variété de précordialgies : précordialgies nerveuses, névralgies, douleurs intercostales, gastralgies avec ou sans pneumatose, palpitations douloureuses, palpitations avec oppression, et même des sensations avec boule hystérique ; il y a encore des angines tabagiques et vaso-motrices, et très peu d'observations d'angines vraies. De coronarite il n'est pas question, sauf dans le passage suivant : « On ne peut douter que l'occlusion de l'artère « coronaire ne joue un rôle dans les cas graves d'asthme cardia- « que. De même les phénomènes graves qui amènent parfois la « mort dans l'angine de poitrine dépendent quelquefois de l'oc- « clusion coronarienne ». Et c'est tout.

Les troubles du cœur sont des palpitations et de l'insuffisance du myocarde entraînant l'hyposystolie ou l'asystolie, avec leurs variantes sur lesquelles nous n'avons pas besoin d'insister.

Un chapitre est consacré à l'étude de l'artério-sclérose cérébrale, qui peut être une manifestation locale de la sclérose généralisée, ou qui peut être indépendante et de nature spéciale, par exemple syphilitique. Pour prévoir les hémorrhagies cérébrales, il ne faut pas se fier à la couleur de la face du malade. Von Basch connaît le scléreux pâle, le faux anémique, à vaisseaux cutanés contractés ou oblitérés, et à viscères congestionnés.

L'étude des lésions de l'aorte est envisagée à un point de vue étroit ; il y a un rétrécissement aortique et une insuffisance aortique, et on ne voit pas dans l'étude que l'une et l'autre lésion valvulaire n'est qu'une modalité d'une maladie générale, précisément la sclérose de l'aorte ou, si l'on veut, de l'aortite.

Le chapitre le plus intéressant du livre est celui où von Basch étudie l'évolution de la sclérose vasculaire. Il nous présente des malades qu'il a pu observer pendant de nombreuses années, chez lesquels il nous fait suivre les progrès de la maladie Mais ici aussi les observations sont tellement abrégées qu'on ne parvient pas à saisir le type clinique. Nous savons bien qu'on ne lit plus guère de longues observations : nous ne voudrions pas non plus que von Basch nous présentât ses 356 relations *in extenso* ; mais pourquoi ne pas donner l'une ou l'autre des observations les plus typiques avec le développement nécessaire à l'entendement ?

Nous ne parlerons pas « de la théorie de l'asthme cardiaque et de l'angine de poitrine ». Nous avons déjà dit combien les définitions de ces deux états étaient vagues ; que faire alors d'une théorie générale ?

Enfin sur les 343 pages de son livre von Basch en consacre six à la thérapeutique. La prophylaxie est bien indiquée. Elle consiste à éviter les causes sclérogènes : tabac, alcool, suralimentation surtout carnée, émotions ; à combattre les diathèses arthritique et rhumatismale et la syphilis. Il ne parle pas du rôle des infections aiguës dans l'évolution de la sclérose.

Comme médication, le régime lactée n'est guère employé que mitigé ; il donne de la viande à midi, le soir du lait ; c'est sa « demi-diète lactée ». Le régime lacté exclusif est réservé aux albuminuries avancées. Les purgatifs sont très recommandés, soit sous forme de sels ou d'eaux purgatives salines, telles que Marienbad qui peuvent être coupées de lait, soit sous forme de rhubarbe, séné, rhamnus frangula, plus rarement d'aloès ou de podophylline. Mais, par contre, de diurèse il n'est pas question ; la quantité et la qualité des urines — sauf l'albumine — sont passées sous le silence le plus complet

Comme drogues, il donne le strophantus et la digitale, même en cas de tension élevée ; elle ne surélève pas la tension d'une façon marquée. L'adonis réussirait parfois aussi, le muguet jamais. L'atropine et la belladone sont souvent prescrites pour diminuer l'irritabilité du pneumogastrique dans l'arythmie, dans la bradycardie, et dans des cas d'intermittences. A la lecture des observations nous n'avons pas pu nous convaincre d'une efficacité réelle de cette médication.

L'iodure agit bien, sans qu'on puisse en dire les raisons ; il n'abaisse pas régulièrement la tension artérielle, mais les malades se sentent mieux. La trinitrine et le nitrate de soude (0 gr. 50 sur 150 grammes d'eau, 3 cuillerées à soupe par jour) agiraient comme antinévralgiques, comme la quinine et comme la morphine. Ce dernier médicament ne lui semble pas dangereux, il ne le considère pas comme un poison du cœur ; mais de fait il ne l'emploie que rarement, comme il ressort des observations. Il redoute le nitrite d'amyle qui peut provoquer l'œdème du poumon.

Il conseille vivement les cures d'air et les cures d'eau ; mais il se méfie des bains d'acide carbonique depuis qu'il a vu survenir

Digitized by Google

un œdème pulmonaire aigu chez un malade dans la baignoire. Aussi est-il sévère pour Nauheim, « la *Mecque moderne de tous les cardiaques* », dont la vogue est moins due aux succès thérapeutiques qu'au fait « de voir quelqu'un se mettre bien en ve- « dette et de le voir hardiment battre la grosse-caisse, ce qui « exerce une action suggestive encore plus sur les médecins que « sur le public avide de guérison ». (p. 109). — Dr L. Blind.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière, par M. G. Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille (Paris, Vigot, 1901).

Ce livre excellent fait partie des manuels de thérapeutique clinique, publiés sous la direction de M. le professeur Lemoine, de Lille. On sait avec quelle faveur ces ouvrages, conçus dans un esprit véritablement clinique, ont été accueillis par les étudiants et les médecins, puisque la partie médicale, écrite par M Lemoine, est aujourd'hui à sa troisième édition.

Dans ce manuel, on trouvera un résumé de thérapeutique clinique, envisagée surtout au point de vue pratique, c'est-à-dire arrangée de manière à pouvoir être consultée par les praticiens qui, tout en ne s'occupant pas de grande chirurgie, ont besoin d'être au courant des méthodes chirurgicales modernes et de leur indications. L'auteur n'a pas décrit en détail la technique des grandes opérations, et nous l'en félicitons, car elles ne sont pas à la portée des praticiens; il a insisté au contraire sur les interventions courantes, sur celles que le médecin est constamment appelé à pratiquer.

Dans la première partie, il expose les règles de l'asepsie, les méthodes d'anesthésie, le traitement des plaies et de leurs complications, le traitement des affections des tissus, des fractures, des luxations, des maladies articulaires, etc.

Dans la seconde, il étudie les maladies des régions et entre dans tous les détails sur la thérapeutique qu'il convient de leur opposer.

L'intérêt du lecteur est tenu constamment en éveil dans cet ouvrage; outre l'exposition des faits, on y trouve à chaque page une allusion aux discussions de la Société de chirurgie et le résumé des acquisitions les plus récentes de la chirurgie contemporaine. De nombreuses figures inédites facilitent l'intelligence du texte.

Nous ne doutons pas du succès du livre de M. Phocas, très préparé d'ailleurs par ses travaux antérieurs à mener à bien une œuvre aussi délicate. — H. Marcigley.

Annuaire des eaux minérales (*Stations climatiques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des principaux Etablissements hydrothérapiques, des plages et stations maritimes*). Edition 1901 publiée sous la direction du Dr G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*. Prix du volume, 1 fr. 50; à la librairie Maloine, 21, place de l'Ecole de Médecine, Paris, ou aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine.

VARIÉTÉ

Nous recevons cette lettre que nous nous faisons un agréable devoir d'insérer et que nous recommandons à la bienveillante attention de nos lecteurs :

Le 7/20 août 1901.

Association française de bienfaisance à Saint-Pétersbourg.— Hôpital français Sainte-Marie-Magdeleine.

Monsieur et très honoré collègue,

Grâce au zèle éclairé de M. le marquis et Mme la marquise de Montebello, ainsi que de la Société française de bienfaisance de notre ville, et tout particulièrement de son président, M. Castillon, une nouvelle institution de bienfaisance est née à Saint-Pétersbourg : un hôpital.

Grâce aux conseils et au concours du professeur Lannelongue, l'organisation de cet hôpital, qui peut abriter jusqu'à 25 personnes, répond aux plus strictes exigences. Conformément aux statuts, l'hôpital est destiné avant tout aux *citoyens Français* en résidence à Saint-Pétersbourg, mais les places vacantes peuvent être, moyennant rétribution, mises à la disposition de malades de toute nationalité et de toute confession.

La consécration et l'inauguration ont eu lieu récemment, et l'hôpital commence à fonctionner. C'est un bel édifice de deux étages, en pierre ; la lumière abonde. L'hôpital est pourvu à peu près de tout ce qui est nécessaire pour le traitement de malades de diverses catégories et peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, recevoir jusqu'à 25 personnes. Cependant, l'admission des malades, et surtout celle des malades non-payants, qui ne seront pas rares au nombre des membres peu aisés de la Colonie Française de Saint-Pétersbourg, dépendra des sommes disponibles de l'institution.

L'installation de l'hôpital a coûté plus de 400,000 francs, et le capital d'exploitation actuellement restant est plus que modeste ! L'augmentation du capital d'exploitation est extrêmement désirable et nécessaire, tant pour l'entretien des malades, que pour le perfectionnement de l'hôpital.

En qualité de directeur médical honoraire de l'hôpital, — j'ai accepté avec joie ce poste qui m'a été offert par les représentants de la Société française de bienfaisance de Saint-Pétersbourg et par l'ambassadeur de France, marquis de Montebello, — je m'adresse à vous avec la prière de bien vouloir, par l'intermédiaire de vos collègues-médecins, contribuer à faire connaître dans votre pays les besoins de l'hôpital français de Saint Pétersbourg, en vue de susciter des offrandes pour cette bonne œuvre. Si vous jugiez bon de publier cette lettre dans les organes de la presse médicale ou générale, je n'y verrais aucun inconvénient.

En comptant sur vos sympathies et sur l'accomplissement de ma prière, je demeure, monsieur,

Votre très dévoué,

Léon Berthenson.

Les dons en faveur de l'hôpital français peuvent être adressés à l'ambassade de France à Saint-Pétersbourg, pour être remis au président de la Société française de bienfaisance, ou au directeur médical de l'hôpital, le docteur Berthenson.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

La bronchite scrofuleuse des enfants

Par A. Breton (de Dijon)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Cette variété de bronchite chronique est d'une grande fréquence. Il faut néanmoins arriver jusqu'en 1886 pour touver sur la question un travail d'ensemble dû à M. Comby. Nous lui ferons de larges emprunts.

Il est toujours difficile de donner une définition nette et précise, en particulier pour le sujet qui nous occupe. Nous pensons toutefois qu'en relatant le texte suivant de l'auteur précité, on pourrait se faire une idée de cette affection. La bronchite scrofuleuse de l'enfance, serait donc une bronchite « chronique, tenace, récidivante, plus étendue en « surface qu'en profondeur, plus ennuyeuse par sa « durée que par sa gravité immédiate et contre « laquelle aucun traitement n'a de prise certaine. »

En 1836, Monneret et de la Berge, la signalent, Bazin en 1862, décrit, dans ses leçons sur la scrofule, le catarrhe scrofuleux des bronches.

Barth, dans le dictionnaire Dechambre, dit que chez les scrofuleux la bronchite est remarquable par ses répétitions fréquentes, ses faciles recrudescences et sa tendance à se prolonger à l'état chronique.

Gintrac écrit, dans le dictionnaire Jaccoud, qu'« une phlegmasie de la muqueuse bronchique « procède quelquefois de la surface. La *toux scro-* « *fuleuse* présente les formes les plus variées, depuis « la bénignité la plus grande jusqu'à la gravité la « plus sérieuse. »

D'après Graves, elle coïnciderait avec d'autres manifestations scrofuleuses.

Brissaud (article *scrofule* du dictionnaire Jaccoud) montre que le plus souvent la scrofule ne produit « en fait d'affections bénignes des muqueuses, que « des phlegmasies catarrhales chroniques »

Descroizilles reproduit l'opinion de M. Comby.

D'Espine et Picot considèrent cette bronchite chronique comme une forme de la tuberculisation des ganglions bronchiques.

Notre excellent maître, Cadet de Gassicourt, s'exprimait ainsi : « c'est par sa marche, par sa tendance « à la répétition, à la chronicité, que se distingue « la bronchite développée chez les enfants scrofuleux ; « elle y revêt volontiers une allure lente et comme « engourdie, remarquable à la fois par sa douceur « apparente et par sa tenacité. L'inflammation bron- « chique suit la même marche que la phlegmasie « de toutes les autres muqueuses : elle est torpide, « et la cause qui l'empêche de s'étendre est aussi « celle qui tend sans cesse à la réveiller. »

Hénoch en parle incomplètement.

Dans les traités didactiques des maladies de l'enfance, M. Comby est le seul auteur qui traite à part et à fond la question.

Neumann parle de la petite toux sèche de la scrofulose, sans plus y insister.

Pour Monti, existent des poussées inflammatoires des muqueuses qui se caractérisent par leur peu de tendance à guérir et à leur grande facilité à récidiver.

Béhier et Hardy admettent le tempérament lymphatique comme favorable au développement de la bronchite chronique chez les enfants.

D'après Grisolle, c'est une affection rare dans l'enfance. Y sont prédisposés les sujets de constitution molle lymphatique.

De Niemeyer présente la scrofulose et le rachitisme comme engendrant la prédisposition au catarrhe en général et au catarrhe des bronches en particulier. « Il existe un grand nombre d'enfants mal nourris, « ayant la poitrine en carène, la tête volumineuse, « les fontanelles ouvertes, les épiphyses gonflées, « une évolution dentaire retardée, dont la peau flotte « en larges plis autour des os comme un pantalon « trop ample, et qui traînent pendant bien des mois « avec un catarrhe bronchique que l'on confond « souvent avec une tuberculose. »

Suivant Trousseau, la déformation du thorax rachitique, la gêne respiratoire consécutive, le mauvais fonctionnement de l'hématose, expose plus facilement ce groupe d'enfants aux catarrhes bronchiques.

Thoinot et Marfan, dans leurs articles des récents traités de médecine, reproduisent les idées de M. Comby.

La bronchite scrofuleuse est une affection du jeune âge. Elle oscille le plus souvent entre un et sept ans, mais on peut la trouver au-delà et nous en avons vu de nombreux cas chez des enfants de dix à onze ans. M. Comby rencontre cette variété avec une grande fréquence dans le milieu parisien. Nous pouvons faire la même remarque, exerçant dans une grande ville. Ce serait donc une affection frappant de préférence les petits citadins. Toutefois, on ne doit point l'exclure des campagnes. Beaucoup d'enfants nous ont été conduits pour cette bronchite. Toutes proportions gardées, à la campagne, elle serait moins fréquente qu'à la ville. Les causes prédisposantes n'y sont point les mêmes, mais il faut tenir compte de la négligence des parents.

Le sexe nous a paru absolument indifférent. Insistons sur la fréquence de la maladie, sur la multiplicité des cas, nous étonnant que cette forme particulière de bronchite soit si souvent méconnue.

Digitized by Google

Nombreuses sont les causes prédisposantes. Il faut remonter parfois aux premiers mois de l'existence pour trouver le point de départ. C'est un allaitement défectueux. La mère est bonne nourrice, mais suralimente maladroitement son bébé par des tétées intempestives, réitérées, par des aliments qui ne sont pas de mise, aboutissant aux pires lésions de l'appareil digestif. La nourrice, satisfaisante ou non, calme son nourrisson en le laissant au berceau muni de ces détestables appareils dénommés ironiquement « parfaits nourriciers ». La mère, enfin, nourrice défectueuse, s'aide du biberon, néglige les soins de propreté méticuleuse qu'il exige, donne des quantités de lait trop considérables ou mal préparé, et engendre toujours la gastro-entérite. L'alimentation prématurée est une cause d'importance considérable. Dans nos observations, nous avons noté l'apparition des diarrhées du premier âge, de la diarrhée verte surtout, comme la première infection de nos bronchitiques et nous croyons y relever un des *primum movens* de la bronchite scrofuleuse. Elle peut paraître lors des phénomènes de dentition.

Les mauvaises conditions hygiéniques de l'habitation sont à coup sûr la raison de sa fréquence dans les grands centres. Les logements sont peu vastes, les pièces manquent du cubage d'air nécessaire, l'aération s'y fait mal, la lumière et le soleil y sont distribués parcimonieusement, quand ils ne font pas totalement défaut. Sans parler de la classe ouvrière où manque l'hygiène la plus élémentaire, nous pouvons adresser nos reproches à nombre de familles bourgeoises, aisées, dont les appartements ou dont les pièces réservées aux enfants, dérogent aux lois essentielles de la bonne hygiène.

Les enfants sont, le plus ordinairement, trop vêtus. Vu leur apparence délicate, vu leur « poitrine grasse », on les couvre de vêtements sous lesquels ils s'échauffent vite, entrent en sudation et de ce fait s'enrhument d'autant plus aisément. Sans compter que ces malheureux ne sortent que fort peu ou pas. La peur du rhume les fait éloigner de l'air et loin de les acclimater au froid, de les rendre endurants et robustes, on les étiole dans une atmosphère confinée et surchauffée. Le résultat ne peu manquer : avec le moindre souffle venu du dehors, paraît l'ennemi, la bronchite. Inutile d'ajouter que les ablutions, le tub sont totalement inconnus, par peur ridicule de faire tousser l'enfant.

Quand il a un peu grandi, atteint sa deuxième ou troisième année, nous considérons les écarts de régime alimentaire comme la pierre d'achoppement. Outre qu'il n'y a point de règle pour le choix des aliments, leur préparation, leur distribution à heures fixes, trop souvent les fruits, les sucreries et pâtisseries entrent en jeu donnés *largâ manu*, causant ces perturbations, quelquefois si rebelles, du tube digestif. Inutile d'insister sus la pratique déplorable qu'on a de donner du vin pur aux jeunes enfants, des boissons alcoolisées, sous le prétexte répandu dans nos contrées, par exemple, que le vrai vin de Bourgogne ne fait jamais de mal.

Combien peu de mères veillent au bon fonctionnement intestinal de leur petite famille. Que l'enfant aille à la selle régulièrement, qu'il y aille en quantité suffisante, peu leur importe, elles ne savent point en apprécier l'importance. Et cependant, en raison des phénomènes congestifs auxquels sont sujets les petits bronchitiques, il faut que leur intestin ne résorbe point de toxines et que l'auto-intoxication ne trouve pas, dans cette grande voie d'absorption, son point de départ facile.

Certaines maladies frappant l'appareil respiratoire favorisent l'éclosion des bronchites scrofuleuses. Entre toutes, la rougeole compliquée ou non de phlegmasie broncho-pulmonaire, la coqueluche, la broncho-pneumonie méritent une mention spéciale.

Les procréateurs seront de puissants facteurs étiologiques de la bronchite scrofuleuse de leurs enfants. La tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis, ces trois grands moteurs de la déchéance humaine, doivent être cités en tête. Puis, toutes les misères physiologiques, les maladies cachectisantes ou plus ou moins infectieuses, le genre de vie, la profession marquent leur sceau. Nous avons pu noter chez les mères l'épuisement par des grossesses, des allaitements rapprochés. Telle femme a ses premier nés sains, qui aura les suivants atteints de bronchite. Les conditions dans lesquelles se passe la grossesse nous ont paru mériter l'attention. Si les vomissements empêchent la femme de s'alimenter normalement et suffisamment, si une complication la condamne au repos et ralentit les phénomènes de sa nutrition, si les conditions matérielles de la vie sont défectueuses, l'enfant qui naîtra sera une proie facile pour cette bronchite.

La constipation des femmes grosses doit être surveillée en raison de ses conséquences. Bref, comme le dit si justement M. Comby, toutes les causes susceptibles d'engendrer les maladies chroniques peuvent directement ou non faire apparaître la bronchite scrofuleuse chez les jeunes enfants.

Quand apparaît-elle? Chez les uns, elle succède à une inflammation quelconque de l'arbre bronchique; chez les autres, elle évolue d'emblée, s'installant sous les allures sournoises d'un rhume insignifiant. On l'a vue naître après une atteinte de diarrhée, au moment de la dentition. Elle ne semble point être influencée par la température car on l'observe même pendant la belle saison. Toutefois, durant l'hiver, les signes stéthoscopiques sont plus marqués. Mais le

Digitized by Google

climat tempéré, les chaudes journées d'été, ne l'empêchent pas d'évoluer.

Les enfants sujets à la bronchite sont de deux catégories. Dans la première se rangent les lymphatiques nettement scrofuleux, issus ou non d'ascendants eux-mêmes porteurs de la diathèse, quelquefois même tuberculeux. Dans la seconde, d'après la remarque de M. Comby, il n'y a pas de scrofule, mais le rachitisme y fleurit. Que celui-ci soit l'aboutissant d'une mauvaise hygiène, d'une maladie cachectisante, d'une syphilis héréditaire, peu importe. Avec cet auteur, nous envisagerons la bronchique chronique comme la résultante de plusieurs états morbides, son étiologie variée ne pouvant être « univoque, claire, in discutable. »

L'habitus extérieur de ces petits malades sera nécessairement dissemblable. Plusieurs types cliniques peuvent en être décrits. Certains se développent bien. offrent l'apparence d'une santé irréprochable et pourtant ils toussent. A un examen on reconnaît chez eux ce qu'on pourrait appeler par analogie avec d'autres maladies, les petits signes de la scrofule ou du lymphatisme. D'autres sont chétifs, malingres, et en imposent franchement pour l'une ou l'autre diathèse. Ceux-ci ont un embonpoint excessif, leur tissu adipeux trop développé les fait considérer à tort comme de beaux bébés. Ceux-la sont au contraire trop maigres. Chez tous, les systèmes musculaire et osseux manquent de vigueur. C'est d'ailleurs un fait connu que la composition du sang des enfants scrofuleux laisse beaucoup à désirer et qu'un état anémique est chez eux constant. Cette composition du sang est séreuse tant au point de vue de la quantite que de la qualité ; chaque enfant rachitique est presque toujours scrofuleux (Ritter).

Nous ne voulons pas nous attarder aux déformations bien connues du squelette dans ces cas, mais nous désirons appeler l'attention sur les déviations de la colonne vertébrale. Elles demandent à être cherchées, ne se manifestent pas encore à l'œil de l'observateur et ne causent point ces mécomptes d'attitudes pour lesquelles le médecin sera consulté plus tard. Il faut donc examiner soigneusement la ligne des apophyses, surprendre dès son début la torsion pathologique et par des soins, des conseils appropriés, remédier (facilement alors) à la déformation naissante.

Chez tous ces jeunes malades, le ventre est trop gros. Proéminent et tombant dans la station verticale, il s'étale dans le décubitus droit. Dû à la dilatation stomacale, à la dilatation intestinale et aux dimensions exagérées de tout l'intestin, ainsi que l'ont montré les travaux de M. Marfan, il est le point d'origine des ptoses que l'on rencontre si souvent à l'âge adulte. Avec les troubles dyspeptiques qu'engendre cet état, s'allient les déformations de la cage thoracique, dont le résultat sera l'entrave aux mouvements respiratoires.

Il est rare que ces bronchitiques aient la peau rosée, ferme des enfants sains. Ordinairement, le revêtement cutané est plus ou moins blême, blanc jaunâtre, mou, avec un système veineux apparent, un système pileux déjà exagéré. Viennent s'y rencontrer toutes les éruptions dartreuses, eczémateuses, impétigineuses dont la coexistence est presque de règle. Elles peuvent d'ailleurs alterner avec la bronchite, la précéder, la suivre, ainsi que le signale M. Comby, faisant une manière de contre-balancement avec les symptômes broncho-pulmonaires.

Le facies sera le plus souvent celui du lymphatique. du rachitique, ou bien encore le type de l'adénoïdien si bien décrit maintenant. Le teint est blême, la peau du visage est fine, délicate, veinée, répondant à cette beauté sur le compte de laquelle ne se méprend pas le médecin.

Les yeux portent quelquefois les traces indélébiles de la tare et sans aller jusqu'aux lésions irrémédiables qui gênent ou perdent la vision, on voit souvent la blépharite, la blépharo-conjonctivite être très rebelles au traitement local.

Du côté du nez, la rhinite à allures chroniques, les croûtes impétigineuses des fosses nasales, sont le point de départ d'infections dont le système lymphatique trop développé bénéficie largement. Il y a un obstacle mécanique à la respiration avec lequel il faut compter : l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, les déviations de la cloison et surtout enfin les végétations adénoïdes de la paroi postérieure. Berkmann a eu le premier l'idée de trouver la cause première de la scrofule dans les lésions du naso-pharynx. M. Gallois a repris et développé cette idée. Il regarde les végétations adénoïdes comme la caractéristique de l'état scrofuleux, comme sa cause. Il y joint à titre de complications la laryngite striduleuse et les bronchites chroniques. Kambouroff rattache également les adénoïdiens à la scrofule. Mais A. Rivière, réfutant l'opinion de Gallois, regarde les scrofuleux comme des tuberculeux atténués, suivant l'idée d'Arloing, à qui seule manque l'occasion pour devenir des tuberculeux avérés. Chez tous les porteurs de bronchite chronique, en effet, le tissu lymphatique du naso-pharynx est développé exagérément. Qu'il y ait ou non de grosses masses adénoïdiennes, des tonsilles anormalement volumineuses, toujours on rencontre le cavum obstrué. Si bien que les opérations dirigées contre ces obtacles à l'arrivée de l'air dans les poumons, réussissent le plus souvent à améliorer la bronchite, et aident fortement à sa guérison.

Inutile de parler de toutes les malformations locales

Digitized by Google

consécutives à ces productions pathologiques, elles sont trop connues de tous.

L'évolution dentaire de ces petits sujets est difficile, retardée. Les dents sont mal plantées et cariées souvent dès leur apparition.

Les écoulements d'oreilles, les éruptions multiples du pavillon sont une complication constante.

Il est un signe qui réclame une exploration attentive : la micro-polyadénie de Legroux. Nous l'avons toujours trouvée chez nos petits malades. Elle existe à la région cervicale, sublinguale, aux aines et aux aisselles. Quelquefois, dans cette pléïade ganglionnaire, un ou deux ganglions ont déjà attiré l'attention maternelle par leur volume et même par la gêne, la douleur de leur présence. Ces ganglions sont ordinairement du volume d'un petit pois, durs, très mobiles, indolores au palper, mais l'un d'entre eux à l'occasion d'une cause banale quelquefois, s'enflamme et aboutit trop souvent à la suppuration. Il ne faut donc pas les négliger.

Les enfants pour lesquels on est consulté sont des petits malades qui sortent, s'amusent, paraissent se porter comme d'autres. Ils ne sont point forcés de garder le lit, sauf complication. Leur appétit est celui qu'ils ont d'ordinaire, leur sommeil est assez régulier et jamais comme y insiste M. Comby, ils n'accusent de souffrance.

Le récit des parents est toujours identique. Ils amènent leur enfant parce qu'il tousse. Depuis longtemps ce rhume existe ; il est tenace et quoi qu'ils fassent, ils ne parviennent point à le faire disparaître. L'enfant semble s'enrhumer sans cause, ou du moins les raisons les plus vulgaires paraissent entrer en scène. Les changements de saison semblent jouer un rôle prédominant. A ces époques de l'année, on redouble de précautions, ce qui n'empêche la fatale bronchite d'arriver. C'est donc un désespoir pour l'entourage.

En interrogeant les familles, on apprend ce qui suit. L'enfant s'essouffle vite en jouant, en courant, en faisant des efforts. Il est contraint de vivre un peu à l'écart de ses camarades, ne pouvant prendre part à leurs ébats sans être à court d'haleine. La toux alarme surtout. Elle est opiniâtre, fréquente, quinteuse, profonde, exaspérée par les jeux et les mouvements violents. Ordinairement *grasse*, elle peut être sèche et revêtir le type aboyant ou faussement coqueluchoïde. La respiration est toujours plus fréquente que normalement, moins profonde et l'effort la rend plus superficielle.

Le début de cette bronchite est lent, insidieux. Quelquefois elle succède à une phlegmasie aiguë de l'appareil respiratoire. La grippe nous a paru un facteur puissant, surtout si, dans son génie épidémique, elle revêt le type clinique broncho-pulmonaire. Certaines maladies infectieuses, telles surtout la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la font éclore. Nombre d'angines d'allures bénignes, comptent au nombre des causes.

A l'examen, le tableau est le suivant. Au repos, l'enfant ne paraît pas gêné pour respirer, mais après la marche ou une phase d'agitation (jeux, efforts) il y a un certain degré d'oppression. Cette oppression est fugace, cesse rapidement par le calme. La toux, dont nous venons d'esquisser les principaux caractères, ne semble pas fatiguer les petits sujets, Elle est aussi bien nocturne que diurne. Dans le jour, c'est surtout le matin et le soir qu'elle redouble d'intensité. Dans le milieu de la journée, elle est plus rare et se trouve liée directement à la vie active du patient. Elle est manifestement influencée par les saisons et la température. Durant les mois pluvieux, humides, pendant nos longues périodes de brouillard son activité augmente. Elle se fait plus rare à la saison chaude, mais, caractère important, elle ne disparaît pas. L'expectoration n'existe point chez les jeunes enfants, mais chez ceux qui peuvent cracher, elle donne lieu à l'expulsion de crachats le plus souvent abondants, blancs, spumeux. Plus rarement, ils sont jaunâtres ou muco-purulents. En ce cas, il nous a semblé qu'il y avait de la congestion concomitante. Ce serait au réveil principalement que se ferait cette expectoration.

La percussion du thorax n'indique de matité ou submatité en aucun point. Normale partout, elle serait peut-être exagérée là où existe l'emphysème (Comby).

Les vibrations thoraciques sont normales.

Pas de voussure, pas de déformation thoracique due à la bronchite. Il y a lieu de mettre à part ce qui ressort de la scrofule ou du rachitisme.

L'auscultation est intéressante. Dans toute l'étendue du poumon, de la base au sommet, en avant et en arrière, on entend des râles. Souvent, ceux-ci sous forme de gros rhonchus sont perçus à distance. Ils sont sibilants, ronflants, disséminés, de nombre et de densité variables. M. Comby les range sous deux formes : râles mobiles, qui ont les signes ci-dessus, disparaissant plus ou moins par la toux et l'expectoration ; râles fins bullaires et sous-crépitants, accumulés surtout aux bases et en arrière de la poitrine. Les deux poumons sont envahis indistinctement. Ils le sont autant l'un que l'autre, quelquefois il y a prédominance d'un côté et elle se rencontre de préférence dans le tiers inférieur du poumon. Cette prédominance varie d'ailleurs. Tantôt à droite, tantôt à gauche, elle peut chez le même sujet être découverte à intervalles variables, alterner sur les deux poumons. La capacité respiratoire de ces malades paraît diminuée. Elle l'est déjà du fait des malformations

Digitized by Google

thoraciques dues à l'une ou à l'autre diathèse, mais en outre, les lésions bronchitiques viennent s'y adjoindre.

L'apyrexie est de règle. Nous avons souvent noté des élévations de température brusques, atteignant 39°, 39°5, voire même 40° dans quelques rares cas.

Ces ascensions du thermomètre sont fugaces, se manifestent le soir, disparaissent totalement au matin. Nous les avons consignées (en dehors de toute complication naturellement) pendant les périodes de fortes chaleurs. D'après notre enquête, elles se produisaient le soir d'une journée pendant laquelle l'enfant avait beaucoup joué, avait été très turbulent. Neumann parle également d'une température oscillant entre 37°8 et 38°5. Il considère cette fièvre comme de règle générale. Interrogeant les autres appareils, il n'est point exceptionnel de trouver un foie et une rate de volume développé. Les reins fonctionnent bien et jamais l'analyse ne nous a décelé un produit anormal.

Du côté des voies digestives, l'appétit est souvent diminué, capricieux et même totalement perdu. L'enfant s'attarde aux desserts mais néglige la partie essentielle des repas. Les troubles dyspepsiques existent chez tous ces petits malades : ils offrent souvent une sorte de phase cyclique que rien ne semble justifier *a priori*. Les digestions paraissent difficiles, longues à se faire, peut-être surtout liées aux écarts de régime que tolèrent les parents sous prétexte de stimuler la faim. Trop fréquemment, l'intestin fonctionne mal. La constipation relative et absolue domine. Pour nous, il y a là une source féconde d'entretien et d'exacerbation de la bronchite.

Sa durée est fort longue. Elle s'installe chronique d'emblée et ne disparaît qu'au prix des plus sérieux efforts d'hygiène. Elle peut persister pendant plusieurs mois, plusieurs années avec des phases de rémission, de guérison trompeuse, sans disparaître complètement. La terminaison est favorable. Elle s'use à la longue et cède à la bonne direction imprimée à l'organisme du petit débile. Avec M. Comby, nous considérons comme moins tenace la forme où prédominent les gros rhonchus et les gros râles sibilants; plus durable et de plus longue haleine celle où règnent les petits râles fins, bullaires et sous-crépitants. L'allure chronique est traversée d'épisodes plus aigus pendant lesquels il y a recrudescence de tous les symptômes, avec apyrexie cependant. C'est presque une face tangente à l'inflammation fébrile.

En tête des complications, plaçons la laryngite striduleuse. Baréty, en 1880, au Congrès des laryngologistes réunis à Milan, a soutenu que cette affection est due à l'incitation des pneumogastriques ou des récurrents par l'adénopathie trachéo-bronchique. Or, nous avons signalé au cours de ce travail la micropolyadénie pour ainsi dire constante chez nos malades. En outre, pourquoi ne point admettre l'inflammation facile de ce tissu lymphatique si développé à l'entrée des voies respiratoires des petits malades ? Quelle que soit la cause, cette manifestation spasmodique est fréquente chez les petits bronchitiques et récidive souvent chez le même sujet. Nous avons consigné la facilité qu'ont ces enfants de contracter les angines, depuis l'érythème simple jusqu'aux dépôts pseudo-membraneux.

Au contact d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une infection susceptible de frapper l'appareil respiratoire, l'inflammation du parenchyme pulmonaire est facile, et évoluent des broncho-peumonies graves, souvent mortelles comme nous l'avons vu, en tout cas de résolution difficile et traînante.

L'emphysème a été signalé par M. Comby. Nous ne l'avons point vu. L'auteur en marque les symptômes analogues à ceux de l'adulte : voussure pectorale, sonorité exagérée, diminution du murmure vésiculaire, sifflements expiratoires prolongés. Cet emphysème serait partiel, modéré, ne causant pas les désordres qu'il produit chez les adultes et les vieillards. Des irritations de la muqueuse des bronches peut résulter un épaississement de la paroi de ces dernières. Une conséquence grave en découle souvent : rétention d'une secrétion purulente, visqueuse dans les bronches. Cette masse peut s'épaissir, se durcir, et remplir les ramifications des bronches, d'où les modifications sur la capacité pulmonaire et la diminution de l'ampleur de la respiration (Ritter). La plus redoutable des complications est la tuberculose pulmonaire. A notre avis, les conditions ambiantes priment ici. Le bacille de Koch trouve sans doute un terrain préparé, une résistance affaiblie, la proie lui est facile. Si tel ou tel de nos jeunes clients a succombé à une phtisie, c'est au milieu que nous l'attribuons. Dans la maison vivait un tuberculeux dont l'hygiène déplorable a jeté la semence sur le terrain apte à la faire germer. Pour nous, la bronchite scrofuleuse n'aurait que l'importance du terrain favorable à la tuberculose, mais par elle-même, si on sait bien lui opposer une excellente hygiène, elle ne peut dégénérer en tuberculose.

Comme conséquences plus éloignées de cet état pulmonaire infantile nous voyons le développement ultérieur se mal faire. Le périmètre thoracique est insuffisant. Et outre la gêne des fonctions respiratoires, le cœur trop à l'étroit s'engage dans la pseudo-hypertrophie de croissance.

Chez les fillettes, la menstruation est retardée, difficile, irrégulière et douloureuse.

Quand on suit ces bronchitiques à l'école, on est frappé du retard de leur développement intellectuel.

Digitized by Google

Le travail leur est dur, ils ont de l'inattention et l'apathie ne leur donne pas les premières places.

Le pronostic *quoad vitam* est bon, car le malade ne meurt pas de sa bronchite. Le pronostic à longue portée doit être plus réservé en raison de ce que nous venons de voir. Pourquoi cette bronchite est-elle si rebelle, pourquoi est-elle chronique d'emblée? M. Comby répond que c'est question de terrain, affaire de constitution, d'idiosyncrasie. Mais ce tissu lymphatique des voies respiratoires supérieures qui est sans cesse en butte à l'inflammation, qui est une voie toujours ouverte à toutes les infections (travaux de M. Friedmann), est à notre sens, une raison d'infection secondaire par voie lymphatique des voies respiratoires profondes. D'après D'Espine de Genève, dans 90 à 95 0/0 de toutes les autopsies, les ganglions bronchiques sont le foyer tuberculeux le plus ancien et peuvent être considérés comme la porte d'entrée des bacilles. Ces foyers ganglionnaires peuvent rester latents pendant des années. A titre de contre-expérience, nous signalerons l'heureuse influence curative sur la bronchite chez grand nombre de petits malades dont nous pu soigner le cavum, les tonsilles, et détruire *in situ* la porte ouverte aux intoxications. A cette voie d'infections viennent s'adjoindre les multiples éruptions du derme déjà mentionnées. L'alternance qui existe quelquefois entre elles et la bronchite ne semble-t elle pas réaliser une expérience? Les agents toxi-infectieux étant fixés à la peau, l'appareil pulmonaire, puis la peau reprenant son état normal, le poumon retombe à son point de départ.

Le diagnostic de la bronchite chronique semble s'imposer. La mère de l'enfant l'a d'ailleurs fait bien avant le clinicien, et celui-ci n'a plus qu'à le confirmer par son examen et son enquête. En présence de ces états chroniques, il importe de mettre de suite le cœur et le rein hors de cause, par l'examen approfondi de ces viscères.

La coqueluche vient à l'esprit. Toute la caractéristique de la quinte, la *reprise*, n'existe pas dans la bronchite. On pourrait hésiter à la phase de début de la première maladie ; le doute ne persistera pas pendant longtemps puisque la durée de la première période ne dépasse pas dix à douze jours. L'absence d'épidémie, des complications connues de l'affection spasmodique, aideront le médecin.

Le catarrhe naso-pharyngien avec bronchite simple bénigne, pourrait en imposer, d'autant qu'il coexiste souvent. Mais l'inflammation se manifestant chez un enfant sain jusqu'ici, les signes locaux intenses, leur peu de durée relative, leur disparition complète ne permettront pas de confondre.

L'apyrexie est un symptôme négatif de haute valeur pour dépister une phlegmasie telle que la bronchite aiguë, pneumonie, broncho-pneumonie. A chacune de ces inflammations correspondent des symptômes si pathognomoniques qu'il ne peut y avoir de doute. La dyspnée, la rapidité du pouls, l'abattement qui confine au lit, les râles spéciaux, la respiration rapide, les foyers de matité ou de submatité, l'évolution, sont les signes distinctifs.

L'emphysème pulmonaire est rare comme modalité clinique isolée. Ce n'est le plus souvent que la conséquence d'une maladie antérieure, broncho-pneumonie surtout. S'il coexiste, la voussure pectorale, la sonorité exagérée, les sibilances, l'expiration prolongée et surtout la dyspnée aideront à le reconnaître.

Plus difficilement sera reconnue l'adénopathie trachéo-bronchique. Bien rechercher la matité à la percussion au niveau de la première pièce du sternum et de l'espace interscapulaire, la rudesse et le souffle à l'auscultation par compression bronchique, la toux coqueluchoïde avec dyspnée, cyanose de la face, le cornage, la dysphonie, le tirage, l'apnée, la tachycardie. Tous symptômes qui font défaut dans la bronchite.

La plus grande difficulté réside en la distinction de la bronchite scrofuleuse et de la tuberculose pulmonaire à forme chronique. L'importance de la courbe thermométrique n'échappera à personne. Quand on le pourra, recueillir d'après la méthode de Kauffmann les crachats déglutis dans l'estomac à l'effet d'examen bactériologique. Dépister l'hémoptysie, soit qu'elle ait lieu comme chez l'adulte, soit qu'elle se produise sous forme de melœna, d'hématémèse. Fouiller l'histoire des ascendants et des collatéraux, inspecter méticuleusement l'entourage, le milieu dans lequel vit le malade. La dyspnée à type continu, les râles humides cavernuleux, les zônes de matité, de submatité, le dépérissement général, l'amaigrissement, la cachexie, les sueurs nocturnes, la diarrhée sont des précieux éléments de diagnostic. Enfin, l'évolution fatale. Mais le doute peut persister et seule l'autopsie peut être révélatrice (Comby). Ne pas omettre, quand on le peut, dans les cas difficiles, l'agglutination du bacille de Koch, suivant la méthode d'Arloing et J. Courmont. Il sera prudent de se tenir longtemps sur une sage réserve, puisque la bronchite chronique peut aboutir à la phtisie. Elle se rangerait en ce cas, dans le cadre des manifestations para ou prétuberculeuses. Neumann considère en effet la scrofulose comme une affection tuberculeuse. Il considère les symptomes variés qui l'accompagnent comme paratuberculeux par analogie avec les symptômes parasyphilitiques.

Le traitement prophylactique se compose d'un ensemble de prescriptions hygiéniques auxquelles il faut tenir la main. Veiller dès le jeune âge à ce que

Digitized by Google

les règles de la diététique soient rigoureusement observées. Remédier à tous les troubles gastro-intestinaux dès qu'ils paraissent. Entretenir la peau dans un fonctionnement irréprochable. Les lotions, les bains, sont de rigueur. Acclimater l'épiderme à subir des températures ambiantes par l'hydrothérapie savamment conduite. User de l'eau chaude d'abord, puis refroidie progressivement, froide enfin. Suivre les saisons et la température dans cette marche décroissante, mais tenir compte surtout de la réaction. L'acclimatement établi, ne pas cesser les petites douches quotidiennes à l'eau froide ou dégourdie quelque saison que ce soit. Les administrer soit au lever de l'enfant, soit avant le repas de midi. Bien sécher le corps et le frictionner. Utiliser pour ces frictions un alcoolat quelconque. Sortir les enfants par tous les temps. Leur faire exécuter une promenade à pied. Les laisser jouer et courir en modérant leur ardeur. Eviter les jardins, squares humides ou trop frais. Préférer les endroits ensoleillés, la campagne surtout. Fuir les lieux publics où s'assemblent les enfants de toute classe, où les jeux et les jouets deviennent communs. En cas d'épidémie (grippe, rougeole, coqueluche, broncho-pneumonie, etc.) faire l'isolement autour du petit prédisposé et ne le laisser aborder que par des enfants sains ou dont la période contagieuse d'une maladie quelconque est entièrement passée. Ne point couvrir le corps de trop de vêtements. Outre qu'ils sont un poids pénible à porter, ils gênent les mouvements, favorisent la sudation et le refroidissement. Mettre aux pieds des chaussures en rapport avec le degré de sécheresse ou d'humidité du sol. Avoir la précaution de dévêtir les enfants rentrés à la maison. Dans l'appartement (tenu à une température modérée) les couvrir très modérément.

Les cheveux doivent être coupés ras en toute saison. Pour les lymphatiques, les cheveux longs recouvrant la nuque sont un prétexte à transpirations profuses inutiles, exposant aux refroidissements fréquents et aux rhumes répétés (Derecq).

Le séjour à la campagne, au bord de la mer, dans la montagne convient aussi bien comme moyen prophylactique que curatif. Nous en dirons autant des bains salés pris à domicile ou aux stations, soit avec les eaux de Salies-de-Béarn, de Salins plus proche de notre région.

Une place importante dans la vie hygiénique de l'enfant doit être tenue par le bon fonctionnement intestinal. Les selles doivent être quotidiennes, et surtout suffisantes.

L'alimentation sera réglée d'après l'âge. Les heures des repas seront toujours fixes, les mets choisis et appropriés. Eviter les sucreries et pâtisseries. La proscription des boissons alcooliques s'impose, donner le vin en quantité minime, étendu d'eau. User largement de la tisane des graminées suivant les données du Dr Springer.

L'ablation des végétations adénoïdes sera faite chaque fois qu'elle sera jugée nécessaire. Les amygdales seront surveillées. Pour les familles trop pusillanimes, les cautérisations du naso-pharynx avec le caustique convenable, seront indiquées. Apprendre à l'entourage le nettoyage de l'arrière-gorge, du nez du pharynx à l'aide d'un tampon d'ouate imprégné d'antiseptique. L'eau oxygénée reprend ici tous ses droits.

Quand la bronchite est déclarée, il faut savoir convaincre les parents de sa curabilité, mais les avertir de sa longue durée, les exhorter à la patience et à la persévérance. Nous conseillons les révulsifs sur la poitrine sous forme de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés, papiers sinapisés et quelquefois grands bains sinapisés. Le vésicatoire doit être proscrit. Il faudrait en effet le répéter trop souvent, l'appliquer en des endroits trop multiples et son long usage pourrait être suivi de graves inconvénients. Pour les mêmes motifs, il faut délaisser la teinture d'iode, le thapsia et les vomitifs. Tenir les extrémités chaudes. En cas de refroidissement constant des pieds, les pédiluves chauds et sinapisés, les bottes d'ouate sont recommandables.

Parmi le nombre considérable d'agents reconstituants, l'huile de foie de morue tient la première place. Les formules variées mises à la disposition du praticien pourront venir à bout de la répugnance de goût de quelques malades. La lipanine peut se substituer à l'huile. L'iodoléine est très vantée.

Nous rejetons toutes les spécialités à base d'alcool à cause du long usage qui doit en être fait, et de leurs conséquences. Viennent les sirops antiscorbutique, d'iodure de fer, iodo-tannique, de feuilles de noyer, etc., etc., auxquels peuvent se mêler des médicaments nécessaires. La liqueur de Donovan nous a rendu de réels services. Elle est facile à prendre, mais son dosage exige du tact. Un médicament nous paraît héroïque et digne de fixer l'attention : c'est le phosphite de gaïacol, en solution saturée dans la glycérine, donné après les repas mêlé à une infusion de plante aromatique, la menthe surtout, à la dose de deux cuillerées à café *pro die*. Il peut être continué pendant de longs mois sans aucun inconvénient.

La question de scolarité doit être bien précisée par le médecin. Si les études ont en général une moindre importance pour les filles, il n'en est plus de même pour les garçons. Il est difficile de concilier l'hygiène rigoureuse avec l'exigence des programmes universitaires. Avec du doigté on peut atteindre une règle de conduite convenable. En tout cas, il importe de ne point surexciter les facultés intellectuelles,

Digitized by Google

d'éviter le surmenage, les veillées; ménager les heures nécessaires au repos. Persuader les intéressés qu'ils doivent fuir les jeux trop bruyants et les exercices violents. La gymnastique, les mouvements méthodiques des membres, la gymnastique respiratoire dont les règles sont magistralement tracées par le Dr Lagrange, sont autant de moyens à la fois curatifs et préventifs.

BIBLIOGRAPHIE. — Arloing et J. Courmont. Agglutination des cultures homogènes du bacille tuberculeux par les humeurs de l'homme et de la vache tuberculeuse, 1899.

Brissaud. Dict. Jaccoud. T. 32, art. scrofule.

Béhier et Hardy. Traité élémentaire de pathologie interne. T. II.

Beckmann. Communication à la Soc. de méd. berlinoise, 23 mars 1893.

Comby. Archives gén. de méd. Nov. 1886. — Progrès médical, 1884. — Traité des maladies de l'enfance, 1892. — Traité des maladies de l'enfance. T. IV, article bronchite chronique.

Cadet de Gassicourt. Mal. de l'enfance. T. I., 2e édition.

Descroizilles. Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, p. 383.

Derecq. Les moyens de préserver les enfants de la tuberculose. *In :* la tuberculose infantile, avril 1900.

D'Espine et Picot. Manuel pratique des maladies de l'enfance, 3e édition.

D'Espine (de Genève). Congrès international de médecine, Paris 1900. Section de pédiatrie. Contagion et prophylaxie de la tuberculose infantile.

Friedmann. *Presse médicale*, 1900.

Gintrac. Dict. Jaccoud. T. V. art bronches.

Grisolle. Traité de pathologie interne. T. I.

Gallois. Soc. de thérapeutique, 8 décembre 1898. — *Bulletin médical*, 1897. — La scrofule et les infections adénoïdiennes. — Les infections adénoïdiennes, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1900.

Kambouroff. Th. Doct., Lyon 1897.

Lagrange. La gymnastique respiratoire chez les tuberculeux. *In :* la tuberculose infantile, 1898, nos 1 et 2.

Marfan. De la tuberculose générale chronique apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge. *Semaine médicale*, 1892. — Episodes et complications de la tuberculose générale chronique du premier âge : parallèle de cette forme de tuberculose avec la scrofulo-tuberculose. *Semaine médicale*, 1893. — Article bronchite chronique du traité de médecine Charcot-Bouchard. T. IV.

Monti. Arch. für Kinderh., 1899, nature et théorie de la scrofule.

De Niemeyer. Traité de pathologie interne et de thérapeutique. T. I.

Neumann. Communication à la Soc. de méd. berlinoise, séances des 16 et 23 juin 1897.

Potain. Adénopathie bronchique. *Journal de médecine int.*, novembre 1899.

A. Rivière. Les végétations adénoïdes du pharynx nasal et leur traitement. *Echo médical de Lyon*, 15 novembre 1900.

Ritter (de Berlin). Traitement des enfants tuberculeux. *In :* tuberculose infantile, 15 août 1899.

Trousseau. Clinique médicale. T III.

Thoinot. Article bronchite chronique du manuel de médecine Debove et Achard. T. I.

N. B. — Depuis la rédaction de cet article (février 1901) quelques travaux ont été publiés sur ce sujet qu'il ne nous a pas été donné de consulter en temps voulu.

Formulaire du Praticien

Pilules bénites de Fuller

La plupart des jeunes praticiens ne connaissent même pas de nom les pilules bénites de Fuller. Je les prescris avec un succès constant, depuis plus de vingt années, exclusivement dans la chlorose aménorrhéique ou dysménorrhéique. Voici leur composition :

Aloès socotrin		30 grammes
Séné		15 —
Asa fœtida	ãã	8 —
Galbanum		
Myrrhe		15 —
Safran	ãã	4 —
Macis		
Sulfate de fer		48 —
Huile de succin		4 —
Sirop d'armoise		15 —

Faire des pilules (argentées) de 0 gr. 20. — Une ou deux avant les principaux repas.

Ne nous récrions pas : le ferrugineux, médicament de fond de ces pilules, est d'un choix heureux. Soubeiran réhabilita le sulfate de fer dans le traitement de la chlorose. L'estomac, l'intestin le supportent aussi bien, sinon mieux, que les sels de fer solubles à acides minéraux.

L'aloès, le séné, l'asa fœtida, le galbanum, la myrrhe, l'huile de succin, le safran et le sirop d'armoise de la masse pilulaire favorisent d'autant plus vite le retour de l'écoulement menstruel supprimé que le sulfate ferreux a ramené plus promptement le processus de sanguification à ses conditions physiologiques. Ce n'est sans doute point par action sédative directe sur les trompes et sur l'utérus que l'huile volatile de l'asa, du galbanum, du succin, du safran prévient leur douleur chez beaucoup de chlorotiques au moment de la ponte ovarique; le centre génital de la moelle lombaire profite — trompes et matrice en profitent également — des effets antispasmodiques que l'essence exerce, du reste, sur toute la moelle épinière.

On ne saurait trop le répéter : il ne suffit pas, dans la chlorose, de conseiller le médicament qui refait des hématies, c'est-à-dire le fer; il faut encore prendre des mesures pour que l'œuvre de régénération et de reconstitution des hématies ne soit pas entravée par l'état de nutrition retardante qui préside à la dystrophie : sans cette précaution les globules nouveau-nés mourraient avant d'avoir accompli leur entière évolution. L'huile essentielle de la myrrhe, du galbanum, du safran, du macis, l'huile

Digitized by Google

volatile de succin jouent vraisemblablement vis-à-vis des appareils hématopoïétiques, consécutivement à une impression stimulante sur le système nerveux trophique, ce rôle si utile d' « excitants toniques ».

D'autres principes activent les fonctions de l'estomac, relèvent l'appétit : les résines de l'aloès, de l'asa fœtida, de la myrrhe (que Delioux regardait comme antigastralgique), le beurre du macis, le glycoside du safran, l'amer de l'armoise.

Le foie des chlorotiques, bien souvent diminué de volume, passe pour sécréter peu de bile, d'où incomplète digestion des graisses : les cholagogues aloès et séné remplissent donc une indication importante. L'astringence du sulfate de fer trouve en eux et dans l'asa — laxatifs tous les trois — un correctif précieux.

Il est d'observation que l'aloès et le séné, administrés concurremment avec des aromatiques, ne provoquent pas de coliques : le macis et le sirop d'armoise sont des excitants aromatiques.

Trousseau et Pidoux avaient remarqué qu'on évite plus sûrement les coliques en donnant l'aloès au commencement des repas : ne serait-ce que pour cette raison il faut réserver les pilules de Fuller pour ce moment là. L'asa fœtida dissipe aussi les coliques flatulentes, et l'on va jusqu'à prétendre que son huile essentielle sulfurée calme les palpitations des chlorotiques.

***

Cuprothérapie dans la chlorose.

L'attention vient d'être rappelée sur ce sujet par la thèse de M. F. Bouillat (*De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies*. Paris, 2 mai 1901). L'auteur parle du fer, du manganèse, de l'arsenic ; il résume les travaux relatifs au traitement des anémies par les sels de cuivre : les nôtres, celui de H.-A. Hare (de Philadelphie), ceux de Kobert, de Cervello et de leurs élèves ; il oublie de mentionner le plus ancien (1862), celui de l'italien Mendini, et le plus récent (1901), celui du Dr Giudiceandrea (de Rome).

50 0/0 des cas de chlorose guérissent par le fer. Le fer convient aux chlorotiques à émotivité cérébrale, spinale ou cardio-artérielle nulle ou modérée ; il réussit mal chez les chlorotiques excitables (35 0/0 des cas) qui se trouvent mieux de l'arsenic. Au lieu de l'arséniate de soude ou de la liqueur de Fowler, on peut, avec Hare, prescrire à celles-ci l'arsénite de cuivre :

Arsénite de cuivre.....	1 milligr.
Miel et poudre de réglisse. ...	Q. S.

Pour une pilule. — Une d'abord après chacun des trois repas, puis deux à la fois au bout de quinze jours; revenir à trois par jour. Ne pas cesser le traitement avant un mois.

L'action thérapeutique est due à l'arsénite et non au cuivre ; pour notre confrère américain, elle est moins marquée dans l'anémie chlorotique que dans la pernicieuse.

Je traite par les sels de cuivre les chlorotiques lymphatiques, scrofuleuses ou de souche scrofulo-tuberculeuse (15 0/0 des cas de chlorose). J'ai fait choix de l'acéto-phosphate ; Giudiceandrea de l'acétate. J'avais jadis formulé :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 005
Extrait d'écorce de cascarille..	0 — 03

Pour une pilule. — Une à cinq pendant les principaux repas (M. Giudiceandrea dit : après chacun des principaux repas).

Stocquart a poussé sans danger les doses d'acétate jusqu'à 0 gr. 09 *pro die* chez des arthro-tuberculeux.

Mais j'associe habituellement, à la mode de Luton dans les tuberculoses, le phosphate de soude à l'acétate neutre de cuivre :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 005 à 0 gr. 01
Phosphate de soude.....	0 — 05
Glycérine et poudre de réglisse	Q. S.

Pour une pilule. — Deux aux deux grands repas pendant un, deux ou trois mois sans interruption.

L'estomac supporte très bien ces doses.

Je me suis adressé quelquefois au sulfate de cuivre dont Cervello a pu apprécier la valeur dans l'anémie malarienne chronique et prévu les applications dans la chlorose :

Sulfate de cuivre	0 gr. 01
Sucre de lait..	Q. S.

Pour un cachet. — Un à trois à chacun des repas de midi et du soir.

Dans trois circonstances où la chlorose, chez des scrofuleuses, était accompagnée de névralgie faciale, je n'ai eu qu'à me louer des « pilules de Biett contre l'épilepsie » :

Sulfate de cuivre ammoniacal.	1 gramme
Extrait de valériane.....	5 —

Pour 60 pilules. — Deux midi et soir, aux repas.

La quantité de sulfate de cuivre ammoniacal y est moins élevée que dans celles de Mendini, le promoteur du traitement des aménorrhées et des chloroses rebelles par le cuivre :

Sulfate de cuivre ammoniacal.	0 gr. 75
Electuaire de rhubarbe.....	2 grammes

Pour 9 pilules — Une le matin, une le soir.

Je n'ai pu me procurer l'hémol cuivrique ou cupro-hémol préparé par le professeur allemand Kobert et expérimenté par lui en 1895, puis par MM. Scarpinato (1895) et Mercadante (1896), élèves de M. Cervello (de Palerme) : c'est, dit M. Bouillat, une poudre brune très fine, insoluble dans l'eau chaude ou froide, soluble dans les acides faibles et les alcalis, soluble dans l'alcool ; le cuivre y est à l'état de combinaison organique dans la proportion de 2 p. 100 : 0 gr. 05 à 0 gr. 25 pendant chacun des principaux repas. — Dr Liégeois.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Ouverture d'un anévrysme de l'aorte ascendante dans l'artère pulmonaire. Difficulté du diagnostic. — Un homme âgé de 48 ans succombe avec les signes de l'insuffisance du cœur, après des alternatives de toux avec crachats spumeux et de dyspnée d'effort dont le début remonte à six mois avant la mort. On établit le diagnostic d'anévrysme de l'aorte ascendante à sa jonction avec la crosse, se propageant à gauche et en bas, et compliqué d'insuffisance mitrale. Ce diagnostic, porté par le Dr Hœdlmoser (*Zeitsch. f. Kl. Med.*, Bd 42, 1900), est basé sur les signes suivants : il constate à gauche du sternum dans le deuxième espace intercostal, une forte pulsation avec frémissement, souffle systolique intense propagé à droite et à gauche, mais non dans les vaisseaux du cou, et souffle diastolique perçu seulement dans la première période d'observation du malade. Dans toute cette région existait une matité des plus nettes. En outre, un souffle systolique se perçoit à la pointe du cœur jusqu'à la fin de la maladie. Le cœur est hypertrophié et dilaté, surtout le cœur gauche ; le deuxième bruit pulmonaire est accentué, le pouls accéléré. Il existait enfin une paralysie du nerf récurrent.

A l'autopsie, on trouve un anévrysme de l'aorte ascendante, et non de la crosse, propagé à gauche et pénétrant dans l'artère pulmonaire comprimée. En outre, la valvule sigmoïde droite de l'artère pulmonaire est soudée à sa paroi, et l'on aperçoit au sommet de la saillie anévrysmale dirigée vers l'artère pulmonaire, un orifice de 5 à 6 millimètres, à bords épaissis, par conséquent de date déjà ancienne. Au-delà du point comprimé, l'artère pulmonaire est très dilatée. Les deux cavités ventriculaires sont dilatées, leurs parois, surtout celle du gauche, hypertrophiées.

L'auteur discute les différents facteurs qui ont pu concourir à la production du souffle systolique avec frémissement : 1° le rétrécissement pulmonaire par compression de l'artère ; 2° l'orifice de communication des deux vaisseaux ; 3° l'anévrysme lui-même.

Paralysie du nerf récurrent gauche dans un cas de persistance du canal artériel. — La paralysie du nerf récurrent est d'une observation courante dans les anévrysmes de l'aorte, et assez fréquente en général dans les dilatations anévrysmales ou diffuses des autres gros vaisseaux. On la rencontre encore, mais plus rarement dans la péricardite et même au cours des lésions valvulaires. C'est ainsi que dans le fait signalé par Ortner en 1895, le diagnostic porté fut celui d'anévrysme aortique, et que l'autopsie révéla une double lésion mitrale avec dilatation de l'oreillette gauche, sans anévrysme. C'est ainsi qu'un peu plus tard le même auteur rapporte un cas semblable dans lequel le diagnostic de lésion valvulaire causale fut vérifié à l'autopsie. H. V. Schrœtter, insistant sur l'extrême rareté de ces faits, se demande si la cause de cette paralysie ne pourrait pas, en pareil cas, être attribuée au cœur lui-même. L'observation suivante prouve que la paralysie du récurrent chez les cardiaques peut se rattacher à un ensemble de conditions étiologiques assez inattendues (*Zeitschrift f. Klin. Med.*, Bd 43, H. 1 et 2).

La malade, âgée de 15 ans, entre à l'hôpital avec les signes suivants : cyanose de la face et des muqueuses constatée dès la naissance, ondulations des veines sans pouls veineux positif, signes de bronchite aux deux bases pulmonaires, sans tuberculose. Dès la première enfance le moindre effort causait des palpitations et de la dyspnée. En dehors de plusieurs « pneumonies » survenues vers l'âge de 10 ans, on ne signale aucune maladie, et ce n'est que dans les derniers temps que l'œdème des jambes apparaît.

A son entrée, le cœur bat dans le 5e espace à deux travers de doigts en dehors du mamelon : on y reconnaît un frémissement net qui se propage et s'accentue en haut vers le sternum. La matité cardiaque ne dépasse pas le bord supérieur de la 4e côte gauche et s'étend de la pointe à 1,5 centimètre au-delà du bord sternal droit. A la pointe, on note un fort souffle présystolique-systolique, suivi d'un 2e bruit sourd, accompagné lui-même parfois d'un petit souffle diastolique. Vers le 3e espace intercostal gauche, les deux souffles systolique et diastolique, — ce dernier très accusé, comme ronflant, — atteignent leur maximum d'intensité. Au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, il sont moins intenses, et le 2e bruit est ici particulièrement claquant. Les souffles ont disparu au devant du foyer aortique et à droite du sternum ; ils ne se propagent pas dans les vaisseaux du cou. Le pouls est à 100-120, régulier. Le foie est volumineux, déborde les fausses côtes ; les urines renferment une légère quantité d'albumine et l'examen du sang révèle une hyperglobulie notable Enfin, l'examen du larynx montre une paralysie de la corde vocale gauche.

A l'examen radioscopique on remarque une petite zone ombrée, surmontant la zône de matité au niveau des 3e et 4e côtes gauches près du sternum.

H. V. Schrœtter fait le diagnostic de double lésion mitrale avec lésion congénitale ; et, s'appuyant sur la localisation particulière des souffles et sur l'absence d'insuffisance tricuspidienne, il rejette l'hypothèse d'une persistance du canal artériel et tend plutôt à admettre une lésion congénitale de la cloison. Il attribue l'ombre radioscopique supérieure à la dilatation de l'oreillette gauche, conséquence de la

Digitized by Google

lésion mitrale, hypothèse d'autant plus vraisemblable qu'elle pouvait expliquer la paralysie du nerf récurrent d'après les observations connues.

A l'autopsie, faite par Weichselbaum, on trouva une endocardite verruqueuse légère du bord libre des deux valvules mitrale et tricuspide, toutes deux insuffisantes, quelques fines végétations avec épaississement des sigmoïdes pulmonaires, une dilatation de l'artère pulmonaire atteignant 7,5 centimètres alors que l'aorte ne mesurait que 5 centimètres. De plus, le canal artériel était non seulement perméable, mais d'un calibre égal à chacune des branches de l'artère pulmonaire (3,5 centimètres). Ni l'aorte, manifestement rétrécie, ni l'artère pulmonaire, ni le canal artériel ne présentaient aucune lésion de la paroi interne. Les parois du cœur droit, oreillette et ventricule, étaient hypertrophiées. Le poumon droit tout entier était rétracté, atélectasié, avec pleuropneumonie du lobe supérieur, sans parler des lésions par stase de l'estomac, de l'intestin, de la rate, etc. Quant au nerf récurrent gauche, il était enclavé dans l'angle des parois surdistendues des gros vaisseaux, au côté externe de l'embouchure du canal artériel. Il était atrophié et rouge sur une longueur d'un centimètre, sans aucune lésion irritative ou ganglionnaire dans son voisinage ni sur son parcours. La majorité de ses fibres nerveuses étaient détruites et l'on pouvait reconnaître les différents stades du processus, gonflement, boules de myéline, etc. Des altérations dégénératives analogues étaient appréciables dans les muscles laryngés correspondants.

L'hypothèse d'une lésion congénitale faisant communiquer les deux cœurs était donc erronée. Il s'agissait d'une persistance du canal artériel ectasié. Les lésions d'endocardite verruqueuse justifiaient le diagnostic de lésion mitrale. Celles de l'artère pulmonaire et du canal artériel expliquaient le souffle diastolique et l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire. Enfin l'oreillette gauche que l'on avait crue dilatée ne l'était pas, et l'ombre radioscopique devait être attribuée à l'ectasie de l'artère pulmonaire.

Quant au nerf récurrent, sa lésion, d'après Schrœtter, n'était pas la conséquence d'une compression latérale ou d'adhérences cicatricielles, mais le fait d'une pression intermittente des pulsations vasculaires, par son enclavement entre les parois de l'aorte et du canal artériel dilaté.

Il y a là sans nul doute un élément de diagnostic différentiel pouvant servir à diagnostiquer la persistance du canal artériel de la lésion congénitale du septum. — A. W.

MÉDECINE INFANTILE

Pronostic, complications et traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. — Les traités classiques s'accordent pour affirmer la bénignité de la fièvre typhoïde, et la rareté de ses complications chez les enfants. Mais, depuis quelques années on commence à réagir contre cette opinion trop optimiste; d'ailleurs, en même temps que l'on connaît mieux la fréquence des accidents et la gravité de cette maladie chez l'enfant, on s'applique à lui donner une thérapeutique un peu spéciale, dont les résultats sont excellents.

Le Dr O. Ratier, dans un travail d'ensemble (*Thèse de Paris*, 1901), a mis en lumière ces questions importantes.

Loin d'être exceptionnelles, les complications intestinales de la dothiénentérie sont fréquentes chez les enfants. Au premier rang se placent les hémorrhagies, qui peuvent survenir dès le deuxième septenaire, et qui sont aussi graves que chez l'adulte. Il en est de même pour la perforation intestinale, qui n'est pas rare, comme on l'a soutenu, et dont la terrible gravité est bien connue.

Le cœur est fréquemment touché; aussi doit-on le surveiller avec le même soin que dans le rhumatisme. Les anciens auteurs admettaient que la grande résistance de cet organe chez l'enfant, le mettait à l'abri de l'infection typhique. Contrairement à cette opinion, on observe, au cours de la dothiénentérie infantile, des myocardites graves, survenant pendant la deuxième semaine. Caractérisées par l'affaiblissement du premier bruit, la tachycardie et l'embryocardie, elles provoquent assez souvent la terminaison fatale au milieu de symptômes de cyanose, de prostration et de collapsus, quand elles n'amènent pas la mort subite. Il existe, enfin, des péricardites et des endocardites typhiques qui, avec la myocardite, sont quelquefois l'origine des cardiopathies de l'âge adulte.

Les complications nerveuses surviennent surtout sur un terrain préparé : chez les enfants issus de névropathes, alcooliques ou syphilitiques. Ces accidents peuvent apparaître pendant toutes les périodes, mais les plus fréquents sont ceux de la convalescence. Parmi ces derniers, on constate des troubles variés de la motilité (paraplégies, monoplégies, hémiplégies, symptômes ataxiques, tremblements, névrites multiples), des troubles des réflexes, des sphincters, de la sensibilité, enfin, des atrophies musculaires. C'est plutôt pendant le cours de la fièvre typhoïde que peuvent survenir des symptômes très graves de méningite à bacilles d'Eberth, symptômes caractérisés par des convulsions, des cris, qui font bientôt place à un état comateux, le jour, et délirant, la nuit.

La fièvre typhoïde des enfants se complique encore volontiers de stomatite ulcéreuse, de coryza, d'otite moyenne, d'abcès cutanés, de laryngo-typhus, de pneumonies. Les arthrites et les ostéo-myélites sont assez fréquentes. Les complications rénales sont très rares; il en existe pourtant quelques cas. Enfin, on constate parfois l'apparition d'un érythème morbilliforme localisé aux membres, et dont la présence implique une gravité plus grande de la maladie.

Digitized by Google

Quant aux rechutes, elles se produisent plus souvent que chez l'adulte, mais elles sont moins intenses et moins graves.

En totalisant les diverses statistiques établies depuis l'emploi de la méthode de Brand, l'auteur arrive à un taux de mortalité infantile de 12 0/0. Il est vrai qu'en dépit du traitement, certaines épidémies sont très meurtrières, et que, d'autre part, la mortalité élevée des enfants au-dessous de cinq ans concourt à augmenter la proportion. Les complications, les rechutes et les reliquats de la fièvre typhoïde aggravent le pronostic qui doit toujours être réservé, d'autant que certaines formes, en apparence bénignes, prennent soudain un caractère foudroyant.

Il semble que la balnéation tiède (25° au minimum) soit préférable, ches les enfants, aux bains froids. Ceux-ci, très pénibles pour les petits malades, sont suivis quelquefois de cyanose et même de collapsus. On a vu des bains à 38° donner d'excellents résultats. Il faut, chez l'enfant, doser les bains comme on dose un médicament; les commencer à 33° et les abaisser progressivement jusqu'à 25°, jamais plus bas; il faut également varier la durée et la température du bain suivant l'état du malade, suivant la résistance et la tenacité de la fièvre. — P. B.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Sur quelques cas de fissure sphinctéralgique traités par les courants de haute fréquence. — Doumer, en 1897, a préconisé le traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence en applications locales. Depuis, Baudet et Bolaan (de la Haye) ont publié 5 observations.

Zimmern et Laquerrière ont traité quatre malades par cette méthode. Dès la première séance, elles ont eu un soulagement marqué et toutes ont guéri très rapidement. Le nombre des séances a été de deux, quatre, et chez une malade de sept. La disparition ou l'atténuation très notable de la douleur a été obtenue dès la première séance, et les selles ont été moins douloureuses, enfin, la fissure s'est cicatrisée très rapidement. Nous avons pu suivre les malades pendant un certain temps et nous n'avons pas trouvé de rechute.

Le manuel opératoire est le suivant : Le courant de haute fréquence obtenu par les procédés ordinaires est amené par des fils à une électrode métallique entourée d'un manchon de verre. On introduit dans le rectum en appuyant légèrement au niveau de la fissure le manchon de verre, et on fait passer le courant. Une pluie de petites étincelles se détache du conduit métallique, passe au travers du verre et se perd sur les tissus environnants. La secousse n'est en aucun cas douloureuse. Sa durée est d'environ quatre minutes.

Les courants de haute fréquence peuvent rivaliser avec la dilatation du sphincter; en outre, ils ne nécessitent pas l'anesthésie et n'obligent pas le malade à un repos au lit de plusieurs jours. — Delherm.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des adénopathies tuberculeuses par les injections interstitielles. — M. Broca, dans un intéressant rapport à ce sujet (*Congrès de chir.* et *Rev. mal. inf.*, 1901), s'exprime ainsi à leur sujet :

« Depuis le jour où, en 1872, Luton (de Reims) a introduit dans la pratique courante les *injections interstitielles*, les substances les plus diverses ont été employées pour faire rétracter ou ramollir les ganglions tuberculeux. Teinture d'iode, nitrate d'argent, chlorure de zinc à 1/10, liqueur de Fowler ont tour à tour été vantés. Presque tous ces agents sont aujourd'hui à peu près délaissés, et au total deux seulement sont restés en faveur : l'iodoforme dissous dans divers véhicules et le naphtol camphré (1). La solution iodo-iodurée a quelques partisans, en Italie surtout, où on l'associe, sur le conseil de Durante, à la glycérine et au gaïacol. Quant au chlorure de zinc, on ne s'en sert presque plus jamais dans les ganglions, mais, il y a quelques années, Lannelongue a tenté de l'injecter autour d'eux, selon les préceptes de sa méthode sclérogène : il y a vite renoncé, la rétraction locale ne survenant pas et la périadénite étant considérablement aggravée et durcie, en sorte que l'extirpation, dont Lannelongue est partisan, en devenait beaucoup plus difficile. Cette mention suffit pour les injections périganglionnaires, et je n'ai plus à parler que des injections intraganglionnaires.

Quel que soit le produit, la technique des injections intraganglionnaires présente des traits communs, et dépend de l'état anatomique de la glande.

Dans les ganglions seulement hypertrophiés ou

(1) Sur les injections de naphtol camphré, consultez : Reboul, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1889, t. XVII, p. 245; 1893, t. XXI, p. 447 (rapports de Nélaton). disc., p. 458 Pour la toxicité du naphtol camphré, voy., p. 466, un rapport de Ch. Nélaton, p. 468, un rapport de Kirmisson, p. 470, des observations de G. Marchant, de Ch. Monod. — Calot, *Congr. franç. de chir.*, 1898, t. XII, p. 213. — David, Th. de doct., Paris 1890 1891, n° 289 (élève de Reboul). — E.-C. Gaudemard, Th. de doct., Bordeaux, 1892 1893, n° 58 (élève de Courtin). — Barozzi, *Presse méd.*, Paris, 1898, p. 158. — Lasserre, Thèse de doct., Paris, 1888-1889, n° 224. — Pour les diverses injections médicamenteuses, voyez Blaisot, Thèse de doct., Paris, 1892-1893, n° 4.

Digitized by Google

caséeux, c'est-à-dire dont on ne peut rien faire sortir par le fin trocart, on pousse de 5 à dix gouttes de liquide à l'aide de la seringue de Pravaz. On renouvelle la manœuvre à intervalles variables selon la subtance injectée, le résultat obtenu, les babitudes de l'opérateur ; une fois par semaine, conseille Reboul, pour le naphtol camphré, tous les jours, recommande Durante. pour la solution iodo-iodurée. Quelquefois, on provoque ainsi directement la rétraction fibreuse, progressive du ganglion. Cela est relativement rare pour les hypertrophies simples ; cela ne s'observe jamais pour les ganglions caséeux : l'injection active le processus de caséification et aboutit au ramollissement, à la suppuration. On rentre donc dans le cas suivant.

Quand il y a suppuration, d'un coup de trocart on vide la collection, puis on injecte le liquide modificateur. Si la peau est rouge violacé, amincie, on évite tout ce qui peut la distendre ; dès qu'elle se tend un peu, on donne un coup d'aiguille, au besoin tous les jours, et même plusieurs fois par jour, nous dit M. Calot. Autant que possible, les ponctions sont faites en des points où la peau n'est pas amincie, et on fait pénétrer obliquement le trocart dans la poche. On diminue ainsi les chances de fistulation, mais elles restent très grandes ; ce n'est d'ailleurs pas un obstacle sérieux à la guérison.

Avec l'éther iodoformé (1), quelques précautions spéciales sont imposées par la volatilisation du produit à la température du corps humain. En piquant un petit ganglion dur et mobile, il peut arriver que, l'ayant transpercé d'outre en outre, on insuffle le tissu conjonctif cervical d'un emphysème ennuyeux, dû aux vapeurs de quelques gouttes d'éther. Un peu d'adresse met à l'abri de cet incident. Ce qui est plus fréquent, c'est le sphacèle de la peau distendue quand on fait l'injection dans une poche superficielle : cas qui, précisément, sont ceux où l'injection est le plus indiquée. Aussi, aura-t-on soin, après avoir laissé les vapeurs en contact avec les parois pendant une dizaine de minutes, la pulpe du doigt faisant soupape sur le trocart, de leur donner issue presque en totalité. Cela permet d'éviter presque complètement, mais pas complètement, cet inconvénient que confessent les partisans les plus déclarés de l'éther iodoformé : inconvénient sérieux, puisque la guérison sans cicatrice est le seul avantage réel de la méthode.

Croyant à l'action spécifique de l'iodoforme, certains auteurs ont proposé de remplacer, comme véhicule, l'éther par un liquide insoluble, tel que l'huile ou la glycérine : et tout récemment, par exemple, Hammerschlag (1) a recommandé la glycérine iodoformée à 1/10. Il ne semble pas — fait pareil pour tous les abcès froids ganglionnaires ou ossifluents — que ces solutions soient aussi actives que la solution éthérée : peut-être celle-ci pénètre-t-elle plus intimement dans les recoins, par sublimation ; peut-être aussi l'éther agit il pour son compte. Verchère, en effet, a publié une observation fort intéressante où une injection d'éther pur a été curatrice.

Ni l'éther, ni l'iodoforme n'ont jamais été toxiques dans ces petites cavités. On peut en dire à peu près autant du naphtol camphré, malgré les observations de Gérard-Marchand, de Ch. Monod, où les symptômes ne furent d'ailleurs pas graves. De ce côté, donc, aucun reproche à faire à la méthode ; c'est par les résultats qu'elle pèche, si on lui demande plus qu'elle ne peut donner, si on nous la présente comme capable de supplanter toutes les autres thérapeutiques locales.

Dans les poches suppurées, l'injection modificatrice est le procédé de choix — et pour ma part je donne la préférence à l'éther iodoformé. Quelquefois après une fistulette légère et vite fermée, souvent même sans cela, la cavité s'oblitère ; et si la lésion était mono-ganglionnaire — abstraction faite de petites glandes molles insignifiantes — on peut parler de guérison.

Mais si la lésion était polyganglionnaire, s'il y avait en même temps des fistules, ou des coques caséeuses, ou simplement de grosses masses hypertrophiques, ce n'est pas tout que de tarir une ou plusieurs collections suppurées : après cela, le paquet reste. Dans quelques observations, et surtout, semble-t-il, pour le naphtol camphré, on a signalé une fonte progressive de ganglions auxquels on n'a pas touché; mais c'est malheureusement loin d'être la règle. En fait, chaque ganglion de quelque importance a be-

(1) Verchère. D'un nouveau trait. des adén. tub. de la région cervic. *Et. exp. et clin. sur la tub.*, Paris, 1887, t. I, p. 317.

(2) Hammerschlag. *Deut. med. Woch.*, Leipzig, 1897, n° 52, p. 826; *Prag. med. Woch.*, 1901, p. 325, 339 et 352. (Les observations à longue échéance ne sont pas nombreuses.) — Je mentionnerai la technique un peu spéciale de Girard (de Berne), dont les observations sont relatées par Rey (*Revue méd. de la Suisse romande*, Genève, 1897, t. XVII, p. 459); il emploie deux solutions : 1° une solution saturée d'iodoforme dans l'alcool absolu ; 2° une solution aqueuse d'acide phénique à 3, 4 ou 5 p. 100. On remplit la seringue à moitié de solution iodoformée, puis, juste au dernier moment, de solution phéniquée ; l'iodoforme se précipite avec un aspect laiteux : cette injection serait efficace dans les glandes non caséeuses. — La solution iodo-iodurée, dite de Lugol, est préconisée par Albrecht (*Revue méd. de la Suisse romande*, nov. 1889, t IX, p. 785); si cela échoue, il convient d'extirper. En discutant ce travail, Treschel dit avoir essayé sans succès les frictions au savon noir (des épaules aux genoux) recommandées par Kaposi (sur ce dernier point, voyez Gisler, *Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, Bâle, 1897, p. 621).

Digitized by Google

soin, la plupart du temps, d'être traité individuellement.

D'où un premier inconvénient : la durée considérable du traitement, pendant des mois, pendant un an et plus, en outre, la multiplicité des séances d'injection. Car si, pour faire disparaître un ganglion de médiocre volume, il faut sept à huit injections, au bout desquelles même il vaut mieux admettre une amélioration que la guérison, voyez où cela nous mène pour les gros paquets ganglionnaires. Et si nous constatons, avec les amis les plus chauds de la méthode, que la plupart du temps l'injection provoque d'abord, dans les glandes non suppurées, un abcès dont elle vient ensuite à bout, on se demande si le procédé, excellent quand il y a déjà suppuration n'est pas hasardeux dans le cas inverse. Car si, très souvent, un abcès proprement dit guérit avec une cicatrice punctiforme, invisible, le résultat n'est pas constant : de temps à autre, on enregistre des fistules assez persistantes, avec cicatrice ultérieure, disgracieuse. Entreprendre, dans un paquet non suppuré, des injections interstitielles qui vont durer des mois et des mois et se termineront peut-être ainsi, par places au moins, cela devient plus discutable. Enfin, est il prudent d'aller à l'aveuglette, avec une aiguille, à la recherche des ganglions de la chaîne profonde, quand on ne sait pas au juste de quel côté sont les gros vaisseaux ? Je ne le pense pas, et il me semble que souvent on néglige ces glandes gênantes.

Quand il y a déjà des fistules, les injections interstitielles perdent beaucoup de leur efficacité : on a alors recommandé l'évidement à la curette suivi de pansements de la caverne ganglionnaire au naphtol camphré.

Ainsi, pour un paquet de ganglions nombreux et non suppurés, qu'ils soient ou non fistuleux, les injections interstitielles ne me paraissent pas, quoi qu'on en ait dit, être la méthode de choix. Elles peuvent, sur un malade qui a le moyen de faire des séjours prolongés au bord de la mer et de consacrer de longs mois à se soigner, elles peuvent, dans ces conditions, rendre des services, quoique l'on soit en droit de se demander alors si le rôle principal n'est pas joué par l'hygiène générale et l'aération maritime. Car, quand nous voyons revenir à la ville des sujets atteints d'adénopathie, les récidives semblent aussi fréquentes, qu'ils aient ou non été injectés avec une substance ou avec une autre. Et d'autre part, lorsqu'en raison de l'état anatomique des lésions on ne peut songer à les guérir sans cicatrices apparentes, alors nous avons dans l'extirpation une ressource précieuse. »

MÉDECINE LÉGALE

Certificats

Le certificat est un acte officieux, rédigé par le médecin dans le but de constater un fait d'ordre médical, ou de l'interpréter. C'est simplement l'affirmation d'un fait, sans discussion.

Les médecins délivrent souvent les certificats avec trop de complaisance, en sorte que la valeur morale des certificats médicaux est nulle ou à peu près. Quand au cours d'un procès la nécessité d'une attestation médicale se fait sentir, l'avocat dit à son client : « Procurez-vous un certificat dans tel ou tel sens, vous trouverez facilement un médecin qui vous le fournira. » Aussi les certificats fournis en justice sont, au dire de M. Arm. Boillot, « nécessairement discutés avec ardeur, avec apreté toujours, avec malignité quelquefois », les avocats opposent les certificats médicaux les uns aux autres, ce qui ne rehausse ni la réputation des signataires, ni celle de la médecine (Brouardel).

Dans son livre sur la responsabilité médicale, le Prof. Brouardel rapporte quelques exemples curieux.

« Il y a quelques années, dit-il, je reçois le même jour d'un de mes amis, médecin des hôpitaux, deux certificats concernant M. X..., stagiaire dans son service. L'un constatait que M. X... avait régulièrement accompli son stage; l'autre qu'il avait eu la scarlatine et avait dû s'absenter du service pendant soixante jours. J'écrivis à mon collègue pour lui demander lequel des deux certificats je devais garder »

Il s'agit dans ce cas d'un certificat d'importance relative, mais dans le cas suivant la responsabilité du médecin aurait pu se trouver engagée.

« Un de mes collègues, médecin aliéniste, déjà affaibli par la maladie, écrit le Prof. Brouardel, reçoit dans son cabinet la visite d'une dame qui le prie de lui délivrer un certificat constatant qu'elle possède l'intégrité de sa raison. Le médecin donne le certificat, or quelques mois auparavant ce même médecin avait soigné cette dame dans son service, et plusieurs certificats signés de sa main attestaient qu'elle était aliénée Le vice-président du tribunal devant lequel furent présentés ces certificats contradictoires me pria de passer à son cabinet, et je dus invoquer l'état de santé de mon collègue pour calmer le magistrat. » (1).

Le certificat n'entraîne pas la prestation du serment, c'est un acte officieux, mais certains certificats, en vertu de la loi du 13 Brumaire an VII, sont soumis à la formalité du timbre (1).

Voici, aussi complet que possible, la liste des certificats soumis ou non soumis à l'obligation du timbre (2).

(1) Brouardel. La responsabilité médicale, 1878.

Digitized by Google

1° *Certificats exempts du timbre :*

Certificat de vaccine

Certificat de naissance ou de décès. (Décis. du 11 février 1878).

Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, du juge de paix, du juge d'instruction, du procureur de la République, du commissaire de police.

Certificat sur réquisition du maire, pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. Il importe peu que les certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits. (Décis. du 10 mars 1874).

Certificat aux nourrices pour obtenir un nourrisson (des Enfants-Assistés) (Décis. du 25 février 1841.)

Certificat pour les aliénés sur l'état d'un malade, à condition qu'il ait un caractère purement administratif et ne doive servir que dans l'intérieur de l'asile. (Décis du 17 nov. 1864).

Certificat de maladie ou d'infirmité, pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.

Certificat d'infirmités, pour secours annuels du département en cas d'indigence.

Certificat de maladie, pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.), à la condition que le certificat du médecin soit rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.

Certificat de maladie, pour justifier l'absence d'un enfant à l'école. (Loi du 28 mars 1882.)

Certificat de vaccine pour les enfants indigents, admis dans les ateliers ou fabriques. (Décis. du 31 janv. 1877.)

Certificat de revaccination des enfants des écoles primaires, quand cette mesure a été prescrite par l'autorité d'une manière générale et réglementaire. (Décis. du 23 avril 1889.)

Certificat constatant l'aptitude physique des nourrices. (Loi du 23 déc. 187, Règlement du 27 fév. 1877, et Décis. du 9 mai 1885.)

Certificat de maladie des membres de sociétés de secours mutuels. (Décis. du 29 janv. 1874.)

Certificat délivré par les médecins inspecteurs des écoles, pour la réintégration à l'école des enfants relevant de maladies contagieuses. (Arrêté préf. du 27 oct. 1894)

Certificat d'aptitude physique, délivré par les médecins inspecteurs des écoles, pour l'admission des enfants dans les établissements industriels. (Loi du 2 nov. 1892.)

Certificats concernant les accidents de travail. (Loi du 9 avril 1898 mise en vigueur le 1er juillet 1899).

2° *Certificats soumis au timbre :*

Certificat pour les aliénés, délivré à des particuliers ou employé dans un intérêt privé. (Décis. du 17 nov. 1864.)

Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

Certificat de maladie ou d'infirmités, à l'époque de la revision.

Certificat de maladie, dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la revision.

Certificat pour obtenir une prolongation de congé ou de convalescence (militaire ou civil).

Certificat de maladie, délivré à un militaire ou à un ecclésiastique, pour obtenir une saison aux eaux thermales.

Certificat d'infirmités, pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, employés des ponts et chaussées, etc.)

Certificat d'aptitude, pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'État.

Certificat de maladie, pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux.

Certificat demandé par une veuve d'employé, à l'effet d'obtenir une pension de l'administration.

Certificat de blessures ou d'infirmités contractées par un employé et pouvant lui donner droit à une pension.

En cas de doute, le médecin doit délivrer le certificat sur papier timbré. D'autre part, afin que le certificat délivré sur papier libre ne puisse servir à une destination autre que celle pour laquelle il a été demandé, il sera bon d'indiquer l'usage qui doit en être fait.

Nous avons dit au début que le certificat est l'affirmation d'un fait, sans discussions. Le médecin doit dire ce qu'il voit, ce qu'il constate, mais ne doit jamais préjuger de la façon dont la lésion qu'il a devant les yeux a été produite. Voici l'exposé d'une affaire qui s'est déroulée devant le tribunal civil de la Seine et qui montre bien le danger couru par le médecin qui délivre un certificat à la légère.

Une femme prétend avoir été bousculée par un pharmacien qui l'a fait tomber sur le trottoir; elle dépose une plainte et le commissaire de police l'envoie chez un médecin pour avoir un certificat constatant les blessures qu'elle peut présenter. Le médecin fournit le certificat suivant :

Nous soussigné, etc...

Voici ce que nous avons observé :

A la région latérale gauche du thorax au niveau des 5e, 6e et 7e côtes, douleur excessivement violente à la pression et aux mouvements d'élévation et d'abaissement de la région thoracique. Aucune ecchymose, aucune plaie, aucun signe stéthoscopique pathologique; pas d'hémoptysie au moment de la lésion. On ne

(1) Tous actes ou écritures, soit publics, soit privés, devant ou pouvant faire titre ou être produits par obligation, décharge, justification, demande ou défense sont assujetties aux droits du timbre.

(2) *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine*, 1896.

Digitized by Google

perçoit ni expectation, ni mouvements de déplacement pendant l'acte respiratoire au niveau des côtes contuses et pendant les efforts de toux; et devant l'intensité de la douleur, on est contraint cependant d'admettre une lésion osseuse (fêlure sinon fracture de côtes) :

1° Les lésions constatées chez la femme R. . offrent une certaine gravité.

2° Elles sont le résultat d'un traumatisme violent produit par un corps contondant (chute sur le sol).

3° Sauf complications, impossibles à prévoir actuellement, elles entraîneront une incapacité de travail de 15 à 20 jours.

En foi de quoi.... (Signé : Dr X...)

Le pharmacien fut condamné à 25 francs d'amende et 100 francs de dommages-intérêts. Cependant, peu après, il fut démontré que la plainte était mal fondée, que le pharmacien n'avait nullement brutalisé la femme R... et que les témoins s'étaient rendus coupables de faux témoignage. D'où poursuites à la requête du Ministère public pour la femme et à la requête du pharmacien contre le médecin qui avait délivré le certificat.

Avis fut demandé sur le certificat au Dr Brouardel qui, après examen, conclut :

L'examen fait par le Dr X... a été complet; on ne peut lui reprocher ni une lacune ni une erreur. Il a conclu comme ses maîtres lui ont toujours conseillé de conclure : les fractures sans déplacement des côtes ne se diagnostiquent que par les caractères des douleurs. Je ne puis découvrir dans le rapport ou dans les conclusions aucune faute ou imprudence qui puisse lui être imputée.

Cependant le médecin fut condamné à 500 francs de dommages-intérêts (1) attendu, dit le jugement :

Qu'il n'avait découvert aucun indice matériel, aucun signe pathologique de la fracture ou contusion diagnostiquée par lui et qu'il avait purement et simplement fondé son diagnostic sur la douleur que la prétendue malade déclarait ressentir, c'est-à-dire en réalité sur une simple déclaration, que par suite le certificat délivré par lui n'était autre chose qu'un certificat de complaisance.

Que si, au point de vue du traitement à prescrire, le médecin est libre d'ajouter foi aux affirmations du client qui le consulte, il ne saurait lui être permis d'attester comme un fait acquis et résultant de sa constatation personnelle l'existence d'une lésion qu'il n'a pu vérifier lui-même et qu'à plus forte raison il a agi avec imprudence en certifiant, sur la seule déclaration du client, la cause de la prétendue lésion et même les circonstances dans lesquelles elle se serait produite, comme, dans l'espèce, la chute sur le sol; que cette imprudence est d'autant plus condamnable que, dans les circonstances de la cause, le Dr X. . ne pouvait ignorer l'usage qui serait fait du certificat délivré par lui ; etc.

Dans son certificat, délivré certainement de bonne foi, le médecin avait eu le tort grave de substituer son affirmation personnelle à celle de sa cliente. Il a écrit : « Voici ce que nous avons observé.... douleur exclusivement violente à la pression.... etc. » Or, le symptôme douleur est accusé par la malade et non perçu par le médecin, qui ne peut donc pas en certifier, puisque, comme dans le cas actuel, il peut avoir affaire à un simulateur. Le médecin aurait dû écrire : « A la pression Mme R... prétend ressentir une douleur excessivement violente », libellé qui eut laissé à la cliente seule la responsabilité de l'affirmation

Plus loin le médecin a écrit : « Elles sont le résultat d'un traumatisme violent produit par un coup contondant (chute sur le sol) ». C'est là encore une affirmation de la cliente; il aurait dû écrire : « Mme R... rapporte ces phénomènes douloureux à... ».

Ce qui a entraîné la condamnation, ce n'est pas l'erreur du diagnostic du médecin, c'est le libellé défectueux du certificat délivré.

Le médecin ne saurait donc être trop prudent quand il rédige un certificat, quelle qu'en soit la nature, il doit songer avant tout à ne pas engager sa responsabilité, voici comment.

Tout d'abord, il ne faut jamais rédiger un certificat en la présence de celui qui le demande « sous sa dictée pour ainsi dire ». Il faut : 1° Ecouter ce que raconte le malade ; 2° L'examiner ; 3° Prendre des notes ; 4° Laisser passer quelques heures ; 5° Rédiger le certificat en le divisant en quatre parties : *a)* Préambule. *b)* Tous les symptômes ou lésions reconnues à l'examen. *c)* Ce que le malade ou les personnes qui l'accompagnent ont dit concernant l'origine de la maladie. *d)* Conclusions.

Dans un certificat ainsi divisé, il n'y a que deux parties dans lesquelles le médecin sera affirmatif, celle qui concerne l'examen personnel et les conclusions. La troisième partie, les affirmations du malade, vous les signalez, mais en spécifiant bien que vous ne faites que rapporter ses paroles, sans préjuger de leur valeur. En agissant ainsi le médecin s'évitera de graves ennuis, qui peuvent, dans certaines circonstances, avoir une répercussion des plus fâcheuses sur son avenir de praticien. — P. R.

(1) Journal *Le Droit*, 13 juin 1896.

BIBLIOGRAPHIE

Matière médicale zoologique *(Histoire des drogues d'origine animale)*, par H. Beauregard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, ancien assistant de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société de biologie. Revisé par M Coutière, professeur agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie, avec préface de M. D Arsonval, professeur au Collège de France, membre de l'Institut. Un volume chez Naud, éditeur.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CH. VIVIEN SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Abcès gonococcique logé dans le tissu sous-cutané du prépuce.

Par Alex. Renault, *médecin de l'hôpital Ricord*

Voici un menu fait que je viens d'observer dans mon service de l'hôpital Ricord et qui mérite la publicité, en raison de sa curieuse pathogénie et des déductions pratiques qui en découlent.

Un homme de 42 ans, charretier de son état, contracte une blennorrhagie à la fin de l'année 1900.

Le 15 février 1901, l'écoulement avait complètement cessé. Mais le malade reprend trop vite les habitudes de libations, que tout bon charretier doit avoir, et l'écoulement reparaît, douloureux et abondant, dans les premiers jours de mai. Bientôt même surviennent les symptômes d'une cystite du col, qui oblige le patient à venir réclamer nos soins, à la date du 7 juin dernier.

La cystite est traitée par les moyens ordinairement employés, lorsque nous constatons, le 25 juin, au niveau de la portion préputiale du raphé médian, une tuméfaction rouge, longue de 4 centimètres et large de 1 centimètre.

Cette tuméfaction est douloureuse à la pression; à sa partie antérieure siège un petit orifice, éloigné de 3 ou 4 centimètres du limbe et dont la pression fait sourdre une minime gouttelette de pus.

Le côté intéressant de l'observation est celui-ci : c'est que ce pus est bondé de gonocoques. Quand on en examine au microscope une parcelle étalée sur lame, on se croirait en présence d'une blennorrhagie uréthrale récente.

En outre, le siège de l'abcès et l'éloignement de son orifice de l'ouverture uréthrale méritent non moins l'attention. On connaît l'infection blennorrhagique des petits diverticules qui occupent, chez certains sujets, les lèvres du méat, l'infection du cul-de-sac glandaire des hypospades; mais l'envahissement par le gonocoque du tissu sous-cutané du prépuce est excessivement rare. Pour mon compte personnel, je n'en ai jamais vu d'exemple. Mon distingué collègue, M. le Dr Balzer, dit en avoir observé deux cas, à peu près semblables au nôtre.

Je sais bien que l'on peut rencontrer chez quelques individus sains, à la face inférieure de la verge des canalicules assez longs et parallèles à l'urèthre. On a même pensé que ces conduits représentaient des kystes dermoïdes. Cette disposition existait-elle chez notre sujet, nous n'y avions point pris garde. Quoi qu'il en soit, on s'explique que de tels canaux puissent s'infecter et devenir le point de départ d'un abcès gonococcique.

En règle générale, cette infection, quand elle se produit, est primitive, c'est-à-dire contemporaine de celle de l'urètre. On comprend aisément que le gonocoque envahisse d'emblée les divers conduits avec lasquels il se trouve en contact. Mais dans notre observation, ce n'est que près de deux mois après le retour de l'écoulement que la complication éclate.

Je n'en vois qu'une explication : le transport du germe de Neisser par les mains contaminées. Je suppose que le malade, avant d'uriner, essuyait le méat souillé de pus avec ses doigts et, sans avoir pris la précaution de se laver, tenait ensuite la verge pendant la durée de la miction.

Toujours est-il que l'on peut tirer de ce fait une déduction pratique fort utile : C'est qu'il est nécessaire de recommander au patient de se laver soigneusement les mains chaque fois qu'il a touché son méat. L'observation présente démontre en effet que la contagion oculaire n'est pas seule à craindre. Un conduit anormal au niveau de la face inférieure du fourreau, une simple éraillure de cette région, peuvent être, par inoculation, le point de départ d'un abcès gonococcique important, dont la guérison nécessite l'ouverture large de la poche et le raclage de la surface pyogénique, suivi d'un lavage avec la solution de permanganate de potasse à 1 0/00. Par un pansement simple ultérieur, la cicatrisation est promptement obtenue.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Considérations pratiques sur la prophylaxie de la tuberculose à la campagne

Par Quelmé, du Faou (Finistère)

A l'heure actuelle, la lutte contre la tuberculose semble vraiment entrer dans une phase active et pleine de succès pour l'avenir. Les efforts isolés qui se produisaient depuis longtemps dans le monde médical, ont enfin convaincu beaucoup de gens pleins de bonne volonté et à même, par leur situation, de parler avec autorité aux grandes administrations qu'ils dirigent. Nous n'en voulons pour preuves, pour citer les plus récentes, que les circulaires du Directeur général des Douanes, les arrêtés du Ministre du Commerce pour les employés des postes et télégraphes, l'appui officiel donné par les Pouvoirs Publics à l'Œuvre des enfants tuberculeux, et, enfin, la première assemblée générale de l'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris, sous la présidence du Pr Landouzy.

Mais, pour que cet élan soit vraiment efficace, il faut qu'il dépasse de beaucoup les limites du monde officiel ou des commissions savantes. Il faut, en un

Digitized by Google

mot, que le praticien de campagne et de petite ville soit le colporteur fidèle et convaincu de ces idées : aussi, fidèle à l'esprit de ce journal qui est de faire « de la pratique et toujours de la pratique », suivant la pittoresque expression de M. Huchard, désirons-nous aujourd'hui montrer comment nous comprenons ce rôle essentiellement pratique.

Tâche ingrate, me direz-vous, mais que nous sommes tous à même de remplir mieux que personne, que nous devons poursuivre avec tenacité et qui consiste à éduquer les gens qui nous entourent, en commençant par les plus instruits, les plus intelligents, pour que ces vérités fassent « tache d'huile ».

Et avouons tout de suite qu'il faut d'abord commencer par convertir quelques-uns de nos confrères, qui pensent comme nous, mais qui, par une insouciance coupable ou par égoïsme d'avare gardant un trésor, se contentent de se tenir au courant des derniers progrès de l'hygiène, d'en faire même bénéficier les malades, mais oublient les gens bien portants, comme si notre rôle n'était pas de prévenir plutôt que de guérir.

Le médecin de campagne ou de petite ville est particulièrement bien placé pour répandre la bonne parole autour de lui : car il a une clientèle fidèle, bien limitée, étant souvant seul dans un petit chef-lieu de canton : elle n'est pas mobile ; il y a bien les jeunes gens qui partent au service militaire, les jeunes filles qui vont se placer en ville comme domestiques, mais peu d'arrivants; il connaît toutes les familles au bout de quelques années de séjour; il est estimé de tous. Aussi, lui est-il facile d'entreprendre d'abord les gens bien portants.

Et, à notre avis, le premier point capital est d'apprendre à tous ce que c'est qu'un tuberculeux : il y a énormément de gens qui ne savent pas la signification du mot tuberculose, qui le confondent avec les mots phtisique et poitrinaire. Aussi qu'arrive-t-il, je ne dirai pas neuf fois sur dix, mais quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent : Causant à quelqu'un qui vous demande des nouvelles d'un ami commun, vous lui dites « il est tuberculeux » ; vous n'êtes pas compris et vous le sentez si bien que vous ajoutez toujours : « oui, il est phtisique ou poitrinaire », et l'on vous répond invariablement : « oh ! alors il est perdu ». Voilà donc une première notion capitale à réformer; il faut dire et répéter sur tous les tons, dans le salon du châtelain comme dans la chaumière du pauvre, que, avant de devenir phtisique ou poitrinaire, on a été tuberculeux le plus souvent. J'ai l'habitude de dire à mes clients que le phtisique est la maison qui tombe en ruines et que le tuberculeux est la maison qui, à la suite d'un coup de vent, a subi quelques crevasses. Il ne faut pas se lasser de crier partout que la tuberculose, suivant la juste expression du professeur Grancher « est la plus curable des maladies chroniques ». Il faut leur citer des preuves, les autopsies de Brouardel à la Morgue entre autres, montrant que les deux tiers de ces gens morts de mort violente sont des tuberculeux guéris, leur citer les noms des gens qu'ils connaissent, qui ont été tuberculeux et qui sont maintenant guéris, en un mot leur citer des faits capables de les convaincre, ou du moins capables de leur laisser dans l'esprit une idée saine qui fera son chemin avec le temps et de la patience de notre part.

Une fois que tous connaîtront la signification du mot tuberculose, nous pourrons parler et être compris. Alors nous attaquerons le second point capital qui est la contagion de la tuberculose.

Et pour ce second argument, il nous faudra encore plus de persévérance et plus de tenacité. Car lorsque l'on a fréquenté de près beaucoup de malades ou les gens qui les entourent, on est étonné de leur scepticisme au point de vue contagion de la tuberculose. Ils ne sont jamais gênés pour trouver la genèse de leur maladie, et nous les étonnons complètement quand nous voulons leur en faire comprendre la vraie raison. Cela provient tout simplement de ce qu'ils ne nous ont jamais entendu dire « que la tuberculose est contagieuse, que c'est le grand fléau de l'humanité, qu'elle tue 150.000 Français par an, c'est-à-dire beaucoup plus que ne nous en a coûtés la guerre de 1870, que sur ces 150.000 morts au moins 100.000 pourraient être évitées avec les plus élémentaires précautions d'hygiène, etc... ». Chaque fois que nous leur répéterons cela avec chaleur et conviction, il leur en restera quelque chose, et comme nous ne nous fatiguerons jamais de leur ressasser, il faudra bien qu'ils finissent par croire que nous avons raison.

Quand ils auront une faible idée de ces deux premières vérités nous devrons donner l'assaut final et ce sera la partie la plus délicate de notre œuvre, mais aussi celle qui sera la plus utile et dont nous aurions à attendre le plus de succès pour l'avenir. Il nous faudra combattre le crachat, aussi bien celui du bien portant que celui du malade, mais avec des concessions, si nous voulons arriver à un résultat. En un mot, il faudra nous adapter au milieu que nous éduquerons. Voici notre manière de faire, à la campagne, au milieu des cultivateurs, c'est-à-dire de gens qui travaillent aux champs toute la journée : je me contente de leur interdire de cracher dans leur maison, sur les planchers ou la terre glaise qui en tient lieu. Inutile de s'occuper de leurs mouchoirs, ils n'en ont pas la plupart du temps. D'un autre côté, inutile de leur interdire de cracher au grand air, dans leurs champs, par exemple, quand ils labourent ou sur la grande route quand ils sont en course.

Digitized by Google

Dans ces cas, le soleil, l'eau de pluie, le vent font le nécessaire et doivent arriver assez vite à atténuer à peu près complètement la virulence des bacilles. Je sais qu'on peut objecter que le bacille mort est également dangereux, mais beaucoup moins que le bacille vivant et ne produisant surtout que des lésions locales, par conséquent peu souvent la tuberculose pulmonaire classique et banale. Je conseille aux bien portants de cracher dans le feu en hiver, dehors et sur leur fumier en été : aux malades ou aux douteux de cracher dans un bol rempli d'eau et qu'on vide sur le fumier également, puis qu'on lave à l'eau bouillante ou à une solution médicamenteuse quelconque quand c'est possible. Chez moi, dans ma salle d'attente, ils ont défense absolue de cracher par terre : quand un client, ignorant la consigne ou venant pour la première fois, commet une infraction à cette règle, le domestique essuie son crachat avec un linge humide imbibé de sublimé au millième pendant que je fais une petite leçon au malade, qui se laisse convaincre plus facilement en voyant la précaution prise pour les voisins assis à côté de lui.

Du reste, de ce côté, il est facile de trouver des auxiliaires nombreux et dévoués. Dans chaque commune, les fonctionnaires ou gens ayant autorité, le maire, le percepteur, le secrétaire de mairie et surtout les instituteurs éduqués par nous, peuvent nous aider sérieusement, le curé ou recteur de paroisse aussi dans les pays où ils ont encore de l'influence, n'empêcheraient-ils que de cracher dans leurs églises que ce serait déjà beaucoup.

Mais on ne saurait trop le répéter, nos efforts doivent être constants, accompagnés d'exemples, de noms, capables de frapper l'esprit. Qui de nous n'a vu des maisons ou des fermes de gens jeunes et robustes ravagées par de véritables épidémies locales de tuberculose après l'arrivée d'un tuberculeux qui travaillait en ville et qui, à bout de ressources, est venu mourir chez lui en infectant plusieurs parents. C'est là qu'on peut leur montrer les effets de la contagion car ces faits quotidiens ont malheureusement la valeur de vraies expériences, et il n'y a rien de tel que la leçon de choses pour frapper ces gens à l'esprit forcément simpliste au point de vue médical.

Nous avons négligé à dessein la question d'hérédité qui a peu d'importance pour l'éducation de nos clients; elle trouvera du reste mieux sa place, quand nous parlerons du terrain, deux questions qui ressortent plutôt du diagnostic et du traitement.

Quand nous aurons convaincu les personnes qui nous estiment, malades et bien portants: 1° que la tuberculose est le début de la phtisie; 2° que la tuberculose est contagieuse, surtout par les crachats du malade ; 3° que la tuberculose est la plus cruelle des maladies chroniques, nous aurons en face de nous des gens qui, plus soucieux de leur santé, ne traîneront pas un rhume un, deux ou trois mois avant de venir nous consulter, qui craindront justement cette maladie qui n'épargne ni jeunes, ni vieux, ni forts ni faibles, ni riches ni pauvres.

Alors mieux armés nous mêmes pour soigner nos malades, nous aurons comme devoir impérieux de faire des diagnostics précoces et de commencer au plus tôt un traitement logique et rationnel, même malgré les faibles ressources de la plupart des gens que nous soignons. Car si la cure idéale de la tuberculose nécessite de grandes dépenses et beaucoup de temps, avec un diagnostic précoce, on peut encore arriver à de beaux résultats d'amélioration et même de guérison, à la campagne et au milieu gens peu fortunés. C'est ce que nous nous proposons de développer dans de prochains articles.

KINÉSITHÉRAPIE

Le massage

Par Krikortz

Le Dr Cautru a exposé (*Journ. des Prat.*, 1901, n° 20) le massage du ventre en général et particulièrement ses applications dans le traitement des maladies de l'appareil digestif. Il a signalé, en passant, son action sur la tension artérielle qu'on peut, à l'aide de différents procédés, élever ou abaisser, à volonté. De là découlent aussi des notions importantes pour le traitement des maladies du cœur, et dont M. Huchard a indiqué à plusieurs reprises les principales. Je puis donc aborder immédiatement un autre chapitre de la kinésithérapie cardiaque, celui de l'emploi des mouvements actifs et passifs.

Comment, en vertu de quel mécanisme, les contractions musculaires méthodiques, la gymnastique médicale, autrement dit, agissent-elles sur le fonctionnement du cœur? Si les modes d'action sur le cœur des exercices méthodiques sont multiples, et je vous fournirai tout de suite la preuve que tel est le cas, lequel faut-il chercher à obtenir de préférence dans telle ou telle catégorie de maladies du cœur? Voilà autant de questions qui nécessitent d'abord un court aperçu de la physiologie des contractions musculaires, au point de vue de la circulation du sang.

La physiologie a démontré, il y a longtemps déjà, que les contractions musculaires sont accompagnées d'une dilatation active des vaisseaux intra-musculaires, d'où dérivation du sang vers la périphérie et diminution des résistances périphériques. Elle a encore démontré que les mouvements des membres ou du torse produisent des raccourcissements et des

Digitized by Google

allongements alternatifs des veines qui avoisinent les articulations, de la compression et décompression des veines par le fait des changements de volume des muscles et finalement de l'aspiration du sang des veines par le mécanisme des fascias. Ces différentes actions, qui, en somme, aboutissent à activer la circulation veineuse, à faciliter le retour du sang vers le cœur droit, ont toutes été invoquées pour expliquer les effets bienfaisants des exercices méthodiques dans le traitement des maladies du cœur. Il est incontestable que cette interprétation contient une part de vérité, mais il est très contestable qu'elle contienne toute la vérité. S'il en était ainsi, il est clair que le secret de l'action utile des mouvements méthodiques serait une simple question de *dosage* de la somme de travail et du nombre des mouvements exécutés pendant une séance. Or, il est très facile de prouver que ces facteurs n'interviennent que pour une bien faible part dans les changements du fonctionnement du cœur qu'on a constaté à la suite des exercices musculaires. Une expérience très simple va vous le prouver. Je fais exécuter une flexion très lente du coude, si lente que le malade est forcé de porter toute son attention au mouvement qu'il exécute pour ne pas dépasser la vitesse permise. Il est forcé de se servir des muscles antagonistes pour régler cette vitesse. Eh bien, si j'enregistre avec le cylindre inscripteur le tracé du pouls radial de l'autre bras, pendant qu'il fait cette flexion très lente du coude, je vois le niveau moyen de ce tracé s'élever très lentement, mais très régulièrement et le manomètre indique une augmentation de pression de 1 cm. environ.

De l'autre côté, si je fais exécuter des mouvements de flexion et d'extension du coude rapides, sans régler la vitesse qui se règle, dans ce cas, d'elle-même, par la longueur du balancier que représente l'avant-bras avec la main, le résultat sera tout autre. Le tracé du pouls se maintient exactement au même niveau après les 55 secondes que met le cylindre à faire un tour complet avec la petite vitesse et le manomètre n'indique aucun changement dans la pression artérielle. Pendant ce temps, le sujet en expérience a exécuté environ 60 mouvements d'extension et de flexion du coude, tandis qu'il n'en avait fait que deux dans le premier cas. La somme de travail exécuté et le nombre des mouvements est donc dans ces deux expériences comme 1 est à 30, 1 dans le premier cas, où la pression artérielle était montée de 1 cm., et 30 dans le second cas, où il ne s'était produit aucun changement de pression.

Comment expliquer ces résultats en apparence si contradictoires? Il faut nécessairement attribuer cette différence à l'intervention très énergique de la volonté dont on exige un grand effort pour régler la vitesse quand celle-ci est très petite. Cet effort de volonté équivaut à une forte excitation des centres corticaux qui commandent les mouvements du bras. Or, l'on connaît la très grande influence sur la pression artérielle des excitations psychiques. C'est par ce mécanisme que la flexion très lente du coude a produit l'élévation de la pression artérielle.

Les mouvements rapides, au contraire, dont la vitesse et le rythme sont réglés uniquement par la longueur du balancier, n'exigent pour ainsi dire aucun effort de volonté : ils sont automatiques. On a le droit de dire que les centres corticaux n'interviennent pas dans ces mouvements et que ce sont des centres sous-corticaux qui y président.

Les mouvements automatiques produisent au contraire, une sorte de décharge des centres corticaux, dont l'action tonique et excitante sur l'appareil cardio-vasculaire se trouve de cette façon éliminée. Ils possèdent, en vertu de ce mécanisme, une action sédative et calmante sur le cœur, action dont on peut et doit tirer profit dans le traitement des troubles fonctionnels du cœur et particulièrement dans l'instabilité du pouls, conséquence de l'instabilité de l'innervation vaso-motrice. Les mouvements automatiques rendent encore de grands services dans tous les cas, où il est désirable de multiplier les effets mécaniques des mouvements sur la circulation veineuse, résultat que ces mouvements permettent d'obtenir au plus haut degré, parce qu'ils rendent possible la répétition d'un même mouvement un grand nombre de fois, sans fatigue pour le cœur.

Leur seul inconvénient est justement de trop accentuer ces effets mécaniques d'aspiration veineuse, laquelle ne va pas sans augmenter le travail du cœur droit, puisque le sang aspiré des veines périphériques est nécessairement poussé vers lui. S'il était déjà dilaté, il pourrait ne pas suffire à ce surcroît de travail et se laisser distendre davantage.

Quant aux moyens techniques qui permettent d'utiliser dans de bonnes conditions, les effets utiles des mouvements automatiques, il faut reconnaître que la gymnastique nouvelle et la mécanothérapie, d'après le système Zander, sont inférieures à celle du système Herz, dont la station thermale de Bourbon-Lancy, est jusqu'ici seule la France à bénéficier.

La gymnastique manuelle utilise les mouvements passifs de circumduction pour produire des effets analogues.

Les mouvements très lents ou mouvements d'inhibition, comme on pourrait les appeler en opposition aux mouvements automatiques, élèvent la pression artérielle et agissent comme tonique du cœur. Ils conviennent, par conséquent, dans les cas où le cœur est encore susceptible de subir un entraînement méthodique, c'est-à-dire dans les maladies valvulaires bien compensées, dans les premières périodes

Digitized by Google

hyposystoliques, et dans certaines dilatations du cœur après la période de répression des lésions myocardiques.

Nous avons ainsi, dans un but de classification rationnelle dégagé deux types extrêmes de mouvements actifs ; les mouvements d'inhibition et les mouvements automatiques.

Entre ces deux types extrêmes vont se ranger tous les autres mouvements actifs ou mouvement avec résistance, selon le terme usité. Ils se rapprochent, dans leur action, de l'un ou de l'autred es deux types extrêmes, selon la plus ou moins grande part que prend la volonté dans leur exécution, c'est-à-dire selon le rythme et le rapport qui existe entre la charge soulevée et la puissance du groupe musculaire mis en action.

Il est important de veiller à ce que la résistance varie dans les différentes phases d'un mouvement suivant la courbe qui représente la puissance relative du groupe musculaire qui travaille, dans chacune de ces phases. Ces courbes ne sont jamais des segments de cercle, leur aspect varie pour tous les mouvements simples ou composés.

Dans un mouvement de flexion du bras, la pose effective des muscles fléchisseurs augmente très rapidement pour atteindre son maximum à peu près au milieu du mouvement, et décroître ensuite aussi rapidement.

Pour d'autres mouvements, cette courbe est au contraire très basse, comme pour le mouvemant d'abduction de la jambe, par exemple. Il est très difficile même pour un aide gymnaste très exercé d'adapter la résistance parallèlement à ces courbes. Les appareils du système Herz réalisent ce desideratum d'une façon parfaite.

Quand on veut agir sur le cœur par l'intermédiaire des changements de nutrition que peuvent effectuer les contractions musculaires sur la pression artérielle par la dilatation active des vaisseaux intermusculaires, comme dans tous les cas d'hypertension artérielle, on a intérêt à se servir de mouvements avec résistance qui se rapprochent des mouvements automatiques et qui mettent en action les masses musculaires les plus volumineuses du corps. Mais, à ce point de vue, le pétrissage du ventre et des muscles est des plus efficaces. La combinaison des deux procédés est souvent avantageuse.

La gymnastique médicale utilise encore, pour agir sur le cœur, les mouvements d'inspiration et d'expiration forcées. Il n'est pas indifférent de choisir l'un ou l'autre de ces deux procédés. Je ne puis entrer ici dans un long développement de l'action sur le cœur des mouvements de respiration qui est en réalité assez compliquée. Il suffira de savoir que les inspirations forcées tendent à élever la pression artérielle, tandis que les expirations forcées, c'est-à-dire la compression thoracique expiratoire, tendent à l'abaisser. De là, des indications spéciales faciles à comprendre. Quand il existe de la congestion passive des poumons dans l'hypertension pulmonaire de M. Huchard, il est évident que les expirations forcées sont seules indiquées. Les inspirations dilatent les vaisseaux du poumon déjà congestionnés, aspirent le sang vers les poumons et l'y retiennent tandis que les expirations font le contraire. Pour combattre la stase veineuse des poumons, il est encore utile d'exécuter une manœuvre spéciale de massage du dos, appelée friction des nerfs intercostaux, J'ajoute que cette manœuvre est d'une réelle efficacité.

La kinésithérapie dispose finalement d'un moyen qui agit directement sur le cœur, je veux parler du massage de la région précordiale. On peut faire du tapotement léger ou des vibrations. Le tapotement stimule le cœur et augmente la pression artérielle. Les vibrations l'abaissent. Elles sont sédatives et calmantes, et même dépressives, si on les fait trop longtemps.

Si j'ajoute encore que le massage peut agir comme un diurétique puissant, comme l'a signalé M. Piatot dans sa thèse, et que le pétrissage du ventre, le massage vibratoire des reins, l'effleurage des jambes peuvent intervenir dans ce but à des degrés différents, suivant les cas, j'espère avoir réussi à rejeter l'accusation portée contre la kinésithérapie d'être un traitement systématique qui emploie les mêmes procédés contre des maladies dissemblables. Il est vrai que cette accusation serait assez justifiée si l'on se rapportait aux écrits des représentants des méthodes suédoise et allemande ou méthode de Schott. Selon la doctrine de la méthode suédoise, on ne devrait chercher qu'à agir sur la circulation veineuse, selon celle de la méthode Schott que d'agir sur le cœur pour le stimuler. Toutes les deux sont trop exclusives. Il conviendrait de leur opposer une méthode française qui serait une méthode écclectique, celle des indications rationnelles. Cela ne serait que juste, puisque c'est en France que nous avons appris à bien connaître, grâce aux travaux de M. Huchard, les indications spciales des différents procédés kinésithérapiques aux différentes maladies du cœur, on a le droit de poser la question capitale de l'utilité réelle de ces procédés comme moyen thérapeutique et hygiénique. Mon expérience personnelle a été acquise principalement à Bourbon-Lancy où le massage et la gymnastique ont été combinées avec la balnéothérapie. Il est donc difficile de dire ce qui revient réellement à l'une où à l'autre des deux méthodes, mais j'ai pu souvent constater qu'on peut obtenir des résultats très satisfaisants avec le massage et la gymnastique seuls.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action clinique et thérapeutique du Trional.

Le trional est actuellement un des hypnoptiques les plus employés; et ses propriétés se trouvant complètement et avec précision étudiées dans un récent travail de M. le Dr Ropiteau, reproduisant les opinions de M. le professeur Pouchet, nous croyons utile à nos lecteurs de les tenir au courant de cette question :

Effets du Trional. — Les premières expériences sur l'homme ont été faites à l'hôpital général de Hambourg par Barth et Rumpel. Sur 72 cas où ils administrèrent le trional, répartis entre 40 malades, ils n'eurent aucun accident à enregistrer pour des doses variant de 1 à 4 gr.

Le sommeil est calme, paisible, ininterrompu et non troublé par des cauchemars (Rijchlinski).

D'après Schœffer, le trional procure toujours le sommeil et il est obtenu au bout de 10 à 15 minutes si la dose est suffisante, mais 2 à 3 heures seulement chez les sujets excités, d'après Khmerlewsky.

Selon Horvarth, le trional agit comme hypnotique même chez les sujets bien portants ainsi qu'il a pu le constater sur lui-même et sur des personnes non prévenues de l'administration. Non seulement, dit Vogt, il fait dormir pendant la nuit qui suit la prise, mais il guérit l'insomnie.

Il ne provoque ni désordre cardiaque, ni trouble respiratoire (Bœttiger, Rijchlinski).

Selon Koppers, le trional modère d'une façon sensible les sueurs nocturnes.

L'estomac, l'intestin le tolèrent bien et d'après Claus et Sprieger, il exciterait l'appétit et favoriserait même la digestion, on a noté parfois de la constipation et Reinecke signale un cas de néphrite aiguë.

D'après Vogt, les sujets n'éprouvent pas au réveil d'accidents secondaires fâcheux tels que malaises, nausées, vertiges, lourdeur de tête; le réveil est normal, agréable; rarement, on remarque de la somnolence, de l'abattement, des étourdissements; cela n'arrive, selon Schœffer, que 6 fois sur 100.

Au contraire, Bardet et Khmerleswky ont observé que l'abattement au réveil est comparable à celui que provoquent les excès alcooliques.

Boyer et tous les auteurs d'accord à ce sujet, admettent que l'accoutumance au trional n'existe pas, contrairement à ce qui se passe avec le sulfonal ou le tétronal; ce qui fait que l'on n'est pas obligé d'avoir recours à des doses de plus en plus élevées.

L'action cumulative n'existe pas davantage (Morro), bien que Duguet en ait signaé un cas.

Cependant, il ne faut pas oublier qu'il peut éclater des phénomènes toxiques provenant d'effets accumulatifs lorsque l'élimination urinaire ou l'excrétion en général se fait mal; car bien qu'il ne passe pas dans l'urine à l'état cristallin, il est complètement détruit dans l'organisme.

La constipation est une des causes d'accumulation. Il faut donc l'éviter et donner des laxatifs et des excitants.

Chaque fois, d'ailleurs, que l'on a noté des faits anormaux, il semble bien que ces faits étaient dûs, ou à l'emploi de doses très fortes ou à une administration trop continue. Il en est du trional comme de la plupart des médicaments. La manière dont ils sont supportés dépend de facteurs très divers, de l'âge, de la constitution, de la nutrition, de l'état général et du sexe des malades.

Il faut supprimer le médicament dès l'apparition des phénomènes suspects faisant croire à l'intolérance. Les effets secondaires et les phénomènes d'intoxication se traduisent par un état de dépression du côté de la motilité et des organes des sens: incoordination des mouvements, marche titubante, faiblesse, somnolence, céphalée, lourdeur de tête. Si l'intoxication est aiguë, il faut faire le lavage de l'estomac.

D'ailleurs, pour se mettre à l'abri de tout danger d'intoxication, on ne le prescrit qu'à des doses peu élevées inférieures à 2 et 4 gr., et on évite même de répéter ces petites doses.

Indications. — Dans quels cas faut-il employer le trional?

En règle générale, il peut être employé dans les insomnies de toute nature et, en particulier, les insomnies nerveuses avec peu d'excitation (Boudeau). Mais son effet est bien moins efficace dans les insomnies causées par une toux violente (Galliard). Il convient mieux à ceux qui s'endorment difficilement qu'à ceux qui s'endorment facilement, mais se réveillent de même (Vogt).

Les essais thérapeutiques en sont nombreux.

Schultze l'a expérimenté sur 76 aliénés. Chez tous ceux qui ne présentaient pas une violente excitation, il a obtenu un bon sommeil, il donnait de 1 à 4 grammes.

Schoëffer, avec des doses de 0 gr. 50 à 4 grammes, avait un sommeil moyen de 6 à 10 heures en 15 à 20 minutes. Il n'eut que 14 pour 100 d'insuccès.

Raimondi a toujours eu de bons résultats sur 51 malades de l'hospice d'aliénés de Rome.

Raimondi et Mariottini, l'ayant administré à la dose de 1 à 3 grammes chez 19 malades atteints d'insomnie pour causes diverses, obtinrent, avec 1 gramme à 1 gr. 50 chez 10 individus, un sommeil de 6 à 8 heures, et avec 2 grammes à 2 gr. 50, 7 à 9 heures chez les 9 autres.

Digitized by Google

Hammerschlag a obtenu, avec les paralytiques généraux 83 pour 100 de succès; avec les cocaïnomorphinomanes, 88 p. 100. La dose était de 1 à 3 grammes.

Pelanda et Cainer l'ont employé avec succès dans des as de pseudo-paralysi e alcoolique où le chloral était sans effet. La moyenne du sommeil obtenu fut de 6 heures. Les mêmes auteurs, dans les cas de démence alcoolique, ont obtenu un sommeil de 3 h. avec 2 grammes.

Bellamy l'a préconisé dans le delirium tremens; Garnier, Pelanda, Boyer, dans l'excitation maniaque; Pelanda, Cainer, Beyer, Grünfeld, dans la dépression mélancolique.

Enfin, chez les enfants, il réussit fort bien, et Claus, Arth, Hennig de Konigsberg, Boudeau, ont eu les meilleurs résultats dans la chorée, l'épilepsie, les maladies infectieuses et surtout les sueurs nocturnes.

En revanche, les résultats obtenus par Palanda et Cainer, dans la démence hystérique, n'ont pas été bons.

Bœttiger insiste sur ce point, que le trional, si actif dans les cas d'insomnie que nous avons notés, a une action très minime sur l'insomnie due à la douleur. Il est donc indiqué, au point de vue chirurgical, dans les cas d'insomnie post-opératoire sans grande douleur (von Shock) : avec cette remarque, toutefois faite par Bondeau, que la douleur ne contre-indique aucunement son emploi parce qu'il agit non pas contre cet élément, mais contre l'état de surexcitation du système nerveux qui en résulte.

La seule véritable contre-indication semble être une lésion cardiaque mal compensée. Chez les néphrétiques, il faut agir avec précaution et bien surveiller son malade.

Galliard, Pierre Marie qui l'ont expérimenté longuement le préfèrent en tous points au sulfonal; Moncorvo a étudié spécialement les propriétés thérapeutiques du trional chez les enfants, autant comme hypnotique, contre l'insomnie banale des enfants de tout âge, d'un tempérament nerveux, que chez les nourrissons atteints de troubles dyspeptiques, sujets à des insomnies et devenus grognons. Partout, il a obtenu des résultats prompts et sûrs, tout en présentant les avantages d'une innocuité absolue. Ses essais dans l'insomnie des fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole) lui ont donné plein succès. De même dans l'insomnie ayant pour origine l'intoxication paludéenne, la méningite tuberculeuse, la tuberculose subaiguë ou chronique, dans la chorée, mal de Pott, etc., en un mot, toutes les phases d'excitation nerveuse ou psychique, tenant soit à des intoxications ou à des lésions du cerveau ou de ses enveloppes, le trional a montré ses propriétés hypnotiques et sédatives.

Posologie. — Chez l'adulte, la dose moyenne est de 1 gr. à 1 gr. 50. Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 2 gr. pour obtenir l'effet hypnotique, et, à cette dose, la tolérance, selon Galliard, est certaine. — Boyer prétend que les doses fractionnées seraient plus dangereuses que les doses massives.

Raimondi, Mariottini conseillent de donner de prime abord une forte dose, 2 grammes, afin de se rendre maître de l'insomnie ; puis, si l'on est obligé de continuer le médicament, de diminuer les doses suivantes de moitié, un tiers, de la quantité initiale.

Palanda et Cainer sont également de cet avis.

A doses fractionnées, l'effet sédatif est marqué, tandis que l'effet hypnotique est presque nul. — Claus conclut qu'il faut donner :

De 1 mois à 1 an....	0 gr. 20 à 0 gr. 40
De 1 an à 2 ans.....	0 gr. 40 à 0 gr. 80
De 2 ans à 6 ans	0 gr. 80 à 1 gr. 20
De 6 ans à 10 ans ...	1 gr. 20 à 1 gr. 50

Chez les adultes, il est dangereux de dépasser 4 grammes ainsi que l'ont constaté Barth et Rumpel. Il faut même éviter de donner ces doses qui peuvent en certains cas rester inoffensives. Collatz rapporte l'observation d'un homme qui en absorba 9 grammes en une seule fois, et qui, après une violente attaque d'épilepsie et nausées, eut un sommeil profond pendant 12 heures. Le lendemain, coliques, ténesme vésical, rétention d'urine; puis, le surlendemain, vertiges, céphalalgie, incertitude dans la démarche, mais les urines ne présentèrent rien d'anormal. Kramer cite le cas d'un étudiant en pharmacie morphinomane converti, qui prenait chaque soir 1 gramme de trional, et ne trouvant pas de sommeil par ce moyen, en absorba une dose de 16 grammes et qui guérit quelques jours après.

Mode d'administration. — Les moyens employés jusqu'à ce jour consistaient à administrer le trional en cachets ou en paquets en suspension dans un véhicule chaud, acidulé, ou encore chargé de chlorure de sodium afin d'en favoriser la dissolution.

En raison de sa solubilité dans les huiles, il vaut mieux l'employer de cette façon, car la puissance hypnotique du trional est exaltée dans une très grande proportion, et, administré sous cette forme, l'action en est prolongée.

La rapidité d'absorption par la muqueuse rectale, lorsqu'on administre le trional soit en lavements, soit en suppositoires et partant, de son action hypnotique, même pour des petites doses, est remarquable.

C'est surtout quand l'insomnie a pour cause l'élément douleur que l'on constate d'excellents résultats.

Digitized by Google

Ainsi, lorsque la douleur a pour siège le rectum ou les organes voisins, vessie, urètre, etc., le trional agit comme hypnotique mais paraît encore exercer une action analgésique locale.

Du côté du tube digestif, l'action hypnotique se fait également sentir beaucoup plus vite sans influencer désagréablement la muqueuse.

Par suite de la rapidité de l'absorption et de ses manifestations hypnotiques, il est utile d'administrer le trional au moment où les malades vont se mettre au lit.

L'absorption par la voie rectale est également très rapide ainsi que l'ont signalé Bœttiger et Galliard. Mais, en raison de son insolubilité la méthode employée n'offrait que très peu de garantie. L'administration par voie rectale, soit sous forme de lavements, en solution huileuse, ou en suppositoires (en solution dans le beurre de cacao) lève cette difficulté d'autant que sous le suppositoire, l'action médicamenteuse est très fidèle, rapide et durable, surtout chez les enfants,

Comme conclusion, au point de vue de l'administration, la dose doit être diminuée dans des proportions sensibles, étant donné que les effets hypnotiques se sont manifestés très franchement avec une dose de *dix centigrammes* seulement.

Cette considération s'applique également à l'administration chez l'adulte, que ce soit sous forme de potions, de lavements ou de suppositoires.

Bien entendu, on peut également associer le trional à d'autres hypnotiques ou analgésiques, tels que : morphine, cocaïne, ainsi qu'à la paraldéhyde.

Voici quelques formules préconisées par M. le prof. Pouchet :

1° Solution huileuse de trional à 5 %.	60 grammes
Mucilage de carragaen à 5 %.....	70 —
Glycérine.....	15 —
Eau de laurier cerise.....	10 —

Pour une émulsion. — Chaque cuillerée à soupe renferme 0 gr. 30 de trional et 1 gramme d'eau de laurier cerise.

2° Solution huileuse de trional à 8 %.	10 à 15 grammes
Jaune d'œuf	n° 1
Lait; un verre ordinaire, soit.....	125 grammes

Pour un lavement, chez un adulte.

3° Trional.....	0 gr. 40
Beurre de cacao.....	4 grammes

Pour un suppositoire d'adulte.

4° Trional.....	0 gr. 05
Beurre de cacao.....	2 grammes

Pour un suppositoire d'enfant.

5° Trional.....	0 gr. 025
Huile d'olives pures.....	0 — 50

En capsules gélatineuses à administrer par voie stomacale. S. R.

Formulaire du Praticien

Traitement du zona. — Ce traitement a un triple but, de guérir les vésicules, de prévenir la suppuration et de calmer les douleurs névralgiques.

Pour cela, on peut employer la colle de zinc à l'ichthyol. des vernis solubles à l'eau, thiol à 10 p. 20 et le gélanthe à l'ichthyol.

Dupus et Scharff ont recommandé la résorcine, Neisser le collodion à l'iodoforme. Le nitrate d'argent qui a été également préconisé n'est pas sans dangers (Brocq).

Lorsque les bulles sont confluentes et déjà crevées par places, on aura recours aux poudres ou aux pâtes. Parmi les poudres, il convient de mentionner l'oxyde de zinc et l'oléate de zinc. Buzzi recommande la poudre de thiol à 10 ou 20 0/0, Unna la poudre à l'ichthyol.

On peut formuler :

Tanin.....	ãã 2 grammes
Sous-nitrate de bismuth.....	
Oxyde de zinc.....	ãã 5 —
Amidon.....	

Lassar préfère le nosophène, Franck le tanno forme.

Si les poudres semblent irriter, employer les pâtes de zinc et d'amidon (Brocq), de zinc résorcinée à 2 0/0, des pâtes ichthyolée à 3 0/0, après avoir préalablement crevé les bulles. Voici une formule de Kaposi :

Cire jaune.....	10 grammes
Huile d'olives.....	30 —
Extrait aqueux d'opium.....	0 gr. 40

Leistikow *(Maladies de la peau)* préconise :

Acide borique.....	2 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 — 50
Vaseline jaune.....	22 grammes

Toujours recouvrir de ouate ou de mousseline.

Dans le zona gangréneux ou suppuré, pansements détersifs humides et saupoudrer ensuite avec de l'iodol ou de l'iodoforme et terminer par des poudres inertes.

Contre l'élément douleur, utiliser la morphine, le chloral, la belladone, le bromhydrate de quinine (Wolff). Schœmaker préconise 3 pilules par jour de :

Pyrophosphate de fer.....	2 grammes
Acide arsénieux..... ..	0 gr. 06
Sulfate de quinine.....	2 grammes

Pour 30 pilules.

Jamieson conseille 20 à 40 gouttes par jour de la mixture :

Teinture de noix vomique....	ãã 5 grammes
— gelsemium..	

Kaposi a vanté l'arsenic, l'antipyrine.

Scharff préconise une injection de 2 ou 3 grammes de liquide anesthésique de Schleich dans l'espace intercostal, tout près de la colonne vertébrale. S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement de l'inversion utérine

Le traitement de l'inversion utérine est variable selon les variétés et l'on doit les diviser en trois catégories :

1° Traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale.

2° Traitement de l'inversion ancienne, d'origine puerpérale, existant après la réapparition du flux menstruel.

3° Traitement de l'inversion polypeuse.

I

Traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale. — L'indication urgente, lorsque l'inversion se produit soit au cours de la délivrance, soit après que la délivrance a été effectuée, c'est de réduire l'utérus.

A) — *L'intervention est immédiate ou pratiquée dans les premières heures après la production de l'inversion.* — Lorsque le placenta est adhérent à l'utérus inversé, faut-il le décoller avant de tenter la réduction ?

La question n'est pas discutée en ce qui regarde le placenta *partiellement* adhérent. Il n'y a qu'avantage à compléter le décollement, ne fût-ce que pour éviter l'hémorrhagie qui se produirait une fois la réduction opérée, la présence du placenta en partie décollé gênant alors la rétraction utérine.

La question est plus controversée au sujet du placenta adhérent dans sa totalité. Alors que Nœgele, Velpeau, Gardien, Schrœder, Pinard, Ribemont-Dessaignes et Lepage se prononcent nettement pour le décollement préliminaire à toute tentative de réduction, Denman, Jacquemier, Cazeaux, Lusk, Dührssen et Varnier (1) se prononcent non moins nettement dans le sens opposé.

Ces derniers auteurs font valoir que la présence du placenta n'augmente pas sensiblement les difficultés de la réduction, qu'elle garantit l'utérus contre les pressions qu'il a à subir, qu'enfin, elle prévient l'hémorrhagie au cas où l'inertie persisterait après la réinversion. D'où le conseil de tenter la réduction sans décoller le placenta et de ne faire le décollement qu'après un échec et avant de procéder à une nouvelle tentative. La facilité de la réinversion n'est pas toujours aussi grande qu'on veut bien le dire et des échecs s'observent, même alors que le placenta a été préalablement détaché de l'utérus. Tels les cas de Stone (2) (mort de la malade après une heure et demie d'efforts infructueux), d'Haslewood (3), où le taxis échoue d'abord et ne donne de résultats que sous l'anesthésie chloroformique. Si peu important que soit l'obstacle apporté à la réduction par la présence du placenta, cet obstacle n'en existe pas moins et il y a tout avantage à le supprimer, à moins que cette suppression ne doive entraîner de sérieux inconvénients. Les hémorrhagies dues à une inversion utérine persistant après la réduction n'existent pas.

La délivrance faite à ciel ouvert est certainement plus facile et probablement, dans beaucoup de cas, plus complète que la délivrance faite après réinversion et ce n'est pas là un avantage à dédaigner. On doit donc préférer le décollement préalable du placenta avant tentation de réduction.

L'anesthésie paraît inutile lorsque la réduction peut être tentée immédiatement après la production de l'inversion. Mais, lorsque l'inversion date déjà de plusieurs heures, les manœuvres sont alors plus prolongées, partant plus douloureuses et il peut y avoir un sérieux avantage à user de l'anesthésie générale. L'éthérisation paraît alors préférable.

Manuel opératoire. — La réduction doit donc être opérée uniquement par des manœuvres manuelles, c'est-à-dire par taxis.

Le taxis a été exécuté de trois façons différentes qui sont : 1° Le taxis central ; 2° Le taxis périphérique ; 3° Le taxis latéral.

1. *Taxis central ou méthode de Viardel.* — Ce procédé de taxis est applicable surtout dans les cas où l'intervention suit immédiatement la production de l'inversion. L'utérus est alors très souple, le col largement dilatable et peu capable d'opposer une résistance sérieuse au moment où, comme l'a montrée Mc Clintock (1), le fond de l'utérus dépassant le niveau du col, deux replis de la paroi utérine sont inclus dans l'orifice cervical.

La malade étant placée dans la position obstétricale, la main gauche appliquée sur l'hypogastre déprime la paroi abdominale et fixe ainsi l'entonnoir d'inversion. Avec la main droite fermée (Levret) ou, plutôt, avec l'extrémité des doigts rapprochés et disposés en cône (Viardel), l'accoucheur repousse peu à peu le fond de l'utérus à travers le col. La main pénètre, à mesure qu'elle se reforme, dans la cavité utérine et s'assure que le retournement est complet. Elle est maintenue dans l'utérus jusqu'à ce que l'organe soit fortement contracté.

2. *Taxis périphérique ou méthode d'Astruc.* — Décrit de façon un peu vague par Amand et par Puzos, ce procédé a été indiqué pour la première fois d'une manière précise par Astruc : « Pour cet effet, dit-il, on baissera le tronc de la femme et on élèvera les fesses ; après quoi, ayant bien graissé la main droite, on l'introduira dans le vagin jusqu'à la grosseur, qu'on repoussera doucement dans la

(1) *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance.* 1889.
(2) *Am. journ. of obst.* Août 1898.
(3) *Lancet*, 24 déc. 1898.

(1) *Diseases of Women*, Dublin, 1863.

Digitized by Google

matrice, en commençant par les côtés, comme on a coutume de faire dans les hernies. On conduira ainsi ce corps avec les doigts jusqu'au fond de la matrice où est sa place. »

3 *Taxis latéral ou méthode de Deleurye.* — Employé pour la première fois par Deleurye, en 1787, pour une inversion récente, ce procédé a été mis en usage, dans des cas d'inversion ancienne, par Sims et par Nœggerath, de New York, sous le nom duquel il est généralement connu dans les pays de langue anglaise. Il est ainsi décrit par Denucé : « Ce mode de taxis est celui dans lequel le globe utérin étant embrassé par la main, les quatre derniers doigts se trouvent appliqués sur la paroi postéro-latérale droite qu'ils maintiennent fixes par une pression suffisante, tandis que le pouce appuyé sur la paroi inférieure de la paroi antéro-latérale gauche déprime cette paroi, et par des pressions successives de bas en haut du pouce engagé dans la fossette ainsi produite, fait, grâce à la membrane séreuse ou péritonéale qui double le sac utérin, glisser cette paroi sur la paroi opposée. La paroi sur laquelle agit le pouce, remonte en venant faire vers la partie correspondante de l'orifice du sac utérin une saillie qui augmente graduellement sous la pression continue du pouce et ramène ainsi peu à peu l'utérus dans la cavité abdominale. »

De ces trois modes de taxis, en est-il un qui jouisse d'une évidente supériorité et doive être préféré aux autres? On peut noter des succès à l'actif des trois méthodes. Le taxis périphérique a réussi entre les mains d'Amand, de Puzos, d'Astruc, de Tarnier (1), de Péham (2), de Porak (3) et ces faits suffisent à prouver que le procédé est applicable à la réduction des inversions récentes, malgré le jugement porté sur lui par Depaul.

Le taxis latéral paraît n'avoir été employé que pour des réductions déjà anciennes et, dans ces dernières années, on ne peut guère signaler que les cas de Peraire (4) (réduction cinq heures après l'accident) et de Teuffel (5), où le taxis latéral ait été appliqué dans les premières heures de l'inversion.

Le taxis central reste certainement le plus répandu et a réussi entre les mains de Pickel (6), de Vogel (7), de Mc. Coy (8), d'Hollister (9), de Savor (10), de Pinard (11) (2 cas), de Queirel (12).

Le taxis central paraît être le procédé de choix pour les cas où l'intervention est immédiate ou très rapide ; Pinard en précise ainsi les indications :

(1) Th. de Weiss, 1873.
(2) *Centr. für gyn.* 1901, p. 138.
(3) Th. Sicard, 1892.
(4) *Ann. de gynéc.*, 1893. T. 40.
(5) *Centr. f. gyn.*, 23 juin 1888.
(6) *New-York, med. journ.*, 2 août 1894.
(7) *Centr. f. gyn.*, 1900.
(8) *Am. journ. of obst.*, 1890.
(9) *Am. j. of obst.*, 1899 T. II, p. 1219.
(10) *Centr. f. gyn.*, 1899.
(11) *Soc. d'Obst. gyn. et pæd. de Paris*, 1899, p. 136.
(12) *Soc. d'Obst. gyn. et pæd. de Paris*, 1899, p. 136.

« En face d'une inversion utérine complète après l'accouchement, il faut successivement :

1° Décoller le placenta et désinfecter la muqueuse utérine.

2° Réduire l'utérus dans le vagin.

3° Retourner l'utérus de bas en haut en introduisant la main dans le vagin et en opérant des pressions à l'aide des doigts dans l'intervalle des contractions. Cette dernière condition est extrêmement importante.

Une injection intra-utérine antiseptique à 50° suivra la réinversion, comme complément à la désinfection de l'utérus et, surtout, comme excitant la contraction utérine.

Il ne faut pas négliger, non plus, le traitement général. Combattre l'anémie aigue par les injections de sérum et soutenir les malades par les injections d'éther et de caféine.

B) *Traitement de l'inversion puerpérale pendant la période d'involution.* — « Si la réduction d'une inversion n'a pas été tentée vingt-quatre heures après la délivrance, il est préférable de retarder toute tentative de quelques semaines, jusqu'à l'entier achèvement de l'involution de l'organe. » Cette formule de Lombe Atthil paraît un peu trop absolue, car les succès obtenus par le taxis sont assez nombreux et assez concluants, pour qu'on soit autorisé à intervenir *prudemment*. L'anesthésie générale est, ici, de toute nécessité, et c'est surtout le taxis périphérique et le taxis latéral, ce dernier de préférence, auxquels on doit s'adresser.

Quant aux réducteurs plus ou moins rigides qui ont été employés dans ces cas, ils doivent être écartés sans hésitation.

Il ne faut pas, cependant, se dissimuler que le taxis est, dans les cas de ce genre, souvent impuissant à produire la réinversion, et qu'on peut être amené à employer des moyens plus énergiques, consistant en l'action de la pression continue sur l'utérus inversé.

Cette *pression* continue a été exercée soit à l'aide du pessaire à tige et à bandes élastiques (repositor d'Aveling), soit à l'aide du tamponnement iodoformé, soit en employant le pessaire de Gariel ou le ballon de Champetier de Ribes. Tous ces procédés ont donné des succès, tous aussi, ont eu des échecs.

L'emploi des pessaires à tiges est à rejeter. Le tamponnement antiseptique, jouant le triple rôle de désinfectant, d'hémostatique et de compresseur ; le pessaire élastique ou le ballon de Champetier, dont l'action compressive est plus énergique, paraissent devoir obtenir la préférence sur les repositors.

Le traitement de l'inversion puerpérale pendant la période d'involution paraît donc devoir être dirigé de la façon suivante :

1° Tentatives modérées de taxis sous l'anesthésie chlo-

(1) *Centr. f. Gynæk.*, 1886.

Digitized by Google

roformique, en employant de préférence le taxis par refoulement latéral ;

2° En cas d'insuccès, tamponnement à la gaze iodoformée ou application d'un pessaire élastique ou du ballon de Champetier.

Si l'emploi de ces moyens est insuffisant, il serait possible, à l'exemple de Schmalfüss (1) et de Brown (1), de recourir à la laparotomie pour dilater l'anneau d'inversion et réduire ensuite l'utérus. La colpohystérotomie de Bottaro n'est qu'une méthode d'exception.

Il vaut mieux avoir recours au traitement palliatif permettant à la malade d'attendre la fin de la période d'involution et de reprendre des forces en la mettant à l'abri des accidents qui la menacent : l'hémorrhagie et l'infection.

Contre l'hémorrhagie on est puissamment aidé par la lactation qui supprime à peu près tout écoulement sanguin au niveau de l'utérus. Donc, autant que possible, on fera allaiter la malade.

Contre l'infection, les abondantes irrigations antiseptiques donneront certainement des résultats et Varnier dit avoir vu, en 1884, Bantock appliquer avec avantage l'irrigation continue dans un cas d'inversion utérine irréductible.

Mais il semble que, à ces moyens, on ajoutera avec un très grand avantage le tamponnement iodoformé dont l'action paraît être, dans les cas de ce genre, particulièrement précieuse.

Inversions compliquées. — Lorsque l'inversion se complique de septicémie ou de gangrène, les tentatives de réinversion deviennent dangereuses.

On ne saurait, sans s'exposer à déterminer une péritonite suraiguë, refouler dans la cavité abdominale un utérus en voie de sphacèle. Il serait également téméraire de procéder à la réduction d'un utérus profondement infecté. Dans ce cas, l'hystérectomie vaginale, s'impose.

Cependant, la voie abdominale a été choisie par Marx (1) qui a, délibérément, après de vaines tentatives de réduction par le taxis et chez une femme infectée, pratiqué la laparotomie avec l'intention de replacer l'utérus et de faire ensuite l'hystérectomie totale. Il a exécuté son plan non sans avoir, au cours de ses tentatives de réduction, perforé l'utérus, et la malade a guéri.

L'hystérectomie vaginale présente, par sa rapidité et sa simplicité, une supériorité incontestable sur l'opération de Marx.

Elle peut être pratiquée, comme l'a fait le professeur Queirel (3), par incision des culs-de-sacs vaginaux et ablation totale de l'utérus après pincement des ligaments larges ; c'est l'hystérectomie vaginale typique.

MM. Pinard et Segond (4) ont procédé suivant un manuel opératoire différent :

(1) *Boston med. and sury. Journ.*, 11 février 1897, p. 126.
(2) *The Am. gyn. and obst. Journ.*, 1897, t. II, p. 415.
(3) Thèse d'Acquaviva, Montpellier 1899.
(4) *Soc. d'obstétrique, de gynéc. et de pæd.*, 13 mai 1901.

« Incision de 4 à 5 centimètres sur la paroi antérieure « de l'utérus inversé.

« A travers cette boutonnière, exploration digitale de « la surface externe (devenue la cavité), exploration qui « permet à M. Segond de constater deux choses : l'ab- « sence d'une anse intestinale herniée et l'impossibilité « absolue de nouvelles tentatives de réduction.

« Incision circulaire au bistouri, à l'union du col et de « l'isthme de l'utérus et surjet du pourtour incisé avec le « catgut n° 4. Les annexes droites sont enlevées avec la « masse utérine ; celles de gauche séparément.

« L'hémostase est rendue très difficile à cause de la « grande friabilité du tissu utérin. A gauche surtout, du « côté correspondant aux annexes enlevées séparément, le « surjet est complètement insuffisant et l'hémostase doit « être complétée avec 9 pinces (dont 7 de Segond à mors « courts, et 2 longues de Kocher). »

Cette intervention constitue ce que Pinard appelle l'hystérectomie extra-vaginale.

Le manuel opératoire suivi par M. Second contient un détail très important, qui donne à l'opérateur une précieuse sécurité, c'est l'incision de la face antérieure de l'utérus et l'exploration digitale de la cavité.

II

Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale. — Les travaux de Francesca Venturini (1), de Stefano Francese (2), de C. Ruge (3), de Switalski (4) nous ont éclairés sur les modifications que subissent à la longue les utérus en état d'inversion. Ces modifications portent et sur la musculeuse et sur la muqueuse. Le système circulatoire est atteint, les ovaires eux-mêmes, par suite des troubles mécaniques apportés par l'inversion à la circulation artérielle et veineuse de tout le système génital, sont modifiés quoique faiblement. Sur les utérus inversés depuis quelques mois, on constate surtout des lésions d'endométrite glandulaire et de sclérose ; au bout de quelques années, les lésions de la muqueuse sont plus prononcées et peuvent aboutir à la dégénérescence hyaline de l'épithélium et même à la nécrose et à la disparition complète des glandes.

On pourrait donc se demander, en face des constatations des anatomo-pathologistes, si, après plusieurs années d'inversion, la muqueuse utérine est capable de se régénérer et si l'utérus est encore apte à remplir ses fonctions.

Les faits cliniques sont là, pour répondre à cette question. Dans de très nombreuses observations, nous voyons noté le rétablissement normal et régulier du flux menstruel après réduction d'inversions utérines chroniques, preuve incontestable de la régénération de la muqueuse. Ce qui est plus concluant, des grossesses se sont produites chez des femmes guéries d'inversions déjà très anciennes. Tels

(1) *Arch Ital. di Gynec.*, 1898.
(2) *Arch Ital. di Ginec.*, 1899.
(3) C. Ruge. In Schrœder « Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorganen ».
(4) *Centr. f. Gynæk.*, 1898.

Digitized by Google

les cas de Barnes (1), de Courty (2), de Sims, de Duret (3), de Westermark (4, et, tout spécialement remarquable, le cas de la malade guérie par Tyler Smith (5) qui devint enceinte après avoir eu, pendant onze années, l'utérus en inversion.

De ces observations, il faut conclure que, si prolongée qu'ait été l'inversion, l'utérus reste très longtemps capable de récupérer son intégrité fonctionnelle et que, par conséquent, toutes les tentatives faites pour réduire l'utérus en le conservant sont légitimes, quel que soit l'âge de l'inversion. Elles doivent prendre le pas sur l'hystérectomie, ressource ultime réservée aux cas où la réduction est impossible.

A. — *Taxis.* — C'est surtout au taxis latéral qu'on a eu recours. Les manœuvres manuelles présentent dans le cas d'inversion ancienne, de grosses difficultés. La mobilité de l'organe, la rigidité parfois extrême de la paroi ont, dans bien des cas, opposé à toutes les tentatives de taxis des obstacles insurmontables.

Il est indiqué, cependant, de recourir tout d'abord à ces manœuvres manuelles qui ont donné dans un certain nombre de cas de remarquables succès. Dans le tableau récapitulatif de Denucé, nous trouvons, en effet, 14 cas où le taxis appliqué à des inversions anciennes a donné des succès opératoires. Mais il y a deux morts, ce qui prouve que le taxis n'est pas, dans ces cas anciens, une manœuvre parfaitement innocente et qu'il y a lieu d'apporter dans son emploi une sage prudence. De graves lésions ont pu être produites par le taxis forcé. C'est ainsi que Mac Donald (6) a fait une déchirure du vagin au cours d'un taxis ayant duré quatre heures trois quarts.

Le chirurgien est, dans des cas semblables, plus coupable que la méthode qu'il emploie et on ne saurait approuver ces tentatives outrées

Le taxis est et doit être une méthode de douceur qu'on doit abandonner dès que son inefficacité est démontrée et que la nécessité devient évidente de recourir à la violence avec tous les dangers qu'elle comporte.

Mais le taxis est trop souvent inefficace, et les échecs nombreux que Barrier (7) a essayé de fixer le col sur le promontoire, Courty (8) a réussi dans un cas en accrochant les ligaments utéro-sacrés avec les doigts introduits dans le rectum, Aran a fixé, avec des pinces de Museux, le col qui se déchire trop souvent sous l'influence combinée des tractions qu'il subit et des poussées exercées sur le corps utérin; enfin, Berry Hart (9) a pratiqué la colpotomie postérieure pour pouvoir accrocher plus facilement et plus solidement avec le doigt des bords de l'infundibulum d'inversion.

C'est à l'échec fréquent du taxis que l'on a inventé nombre d'instruments qui reposent sur le principe de la pression continue : 1° Les pessaires à tige, exerçant sur le fond de l'utérus une pression limitée ; 2° Les pessaires à air ou à eau, beaucoup plus employés et dont la surface de pression est beaucoup plus étendue.

B. — *Pessaires à tige.* — Le plus répandu est le pessaire à double courbure ou « repositor » d'Aveling. Employé surtout en Angleterre, il aurait donné de bons résultats.

Clifton E. Wing (1) a utilisé un stéthoscope dont le pavillon appuyait sur le fond de l'utérus, le pied de l'instrument, resté à l'extérieur, étant relié à deux tubes élastiques qui allaient s'attacher à une ceinture abdominale.

Marcy (2) a combiné les tractions sur le col avec les pressions exercées sur le fond. Pouey (3) s'est servi d'un stéthoscope dont le pavillon est appliqué sur le fond de l'utérus. Six anses de fil sont passées dans le col, six autres anses traversent le pied du stéthoscope. Ces anses sont reliées deux à deux par des tubes à drainage en caoutchouc. Pouey a appliqué son appareil dans cinq cas, il a obtenu quatre réductions dont l'une accompagnée d'accidents fébriles et une autre suivie de mort. Dans le cinquième cas, le fond de l'utérus s'est sphacélé et a été éliminé.

C. — *Pessaires à air et à eau.* — Ces tentatives d'emploi de la pression continue à l'aide de pessaires à tiges plus ou moins compliqués ne se sont guère généralisées, et c'est surtout à l'application de pessaire à air et du pessaire à eau (colpeurynter des Allemands) ou, plus simplement encore, au tamponnement antiseptique prolongé du vagin que les gynécologues ont eu recours pour la réduction de l'inversion utérine.

C'est la méthode prônée par Lawson Tait, à laquelle se rallie Pozzi (4), tout en lui préférant le tamponnement répété à la gaze iodoformée également préconisé par Hofmeier (5).

En ce qui concerne l'emploi du pessaire à air ou du colpeurynter, il semble bien que l'éclatant succès de Tyler Smith, ait fait concevoir aux gynécologues des espérances du peu excessives.

Tyler Smith avait obtenu en une semaine, la réduction d'une inversion datant de onze ans, et en 1883, Denucé réunissait 26 cas où l'emploi du pessaire à air ou du colpeurynter avait été couronné de succès.

Mais les échecs ne manquèrent point Un autre inconvé

(1) *Traité clin. des mal. des femmes.* Trad. Cordes, 1876, p. 614.
(2) *Traité prat. des mal. de l'utérus et des annexes*, 1872. p. 920.
(3) In th. de Bonte, Paris, 1900.
(4) *Centralbl. f. Gynæk.*, 1899, p. 107.
(5) Obs. lue à la Soc. de Méd et de Chir. de Londres, le 13 avril 1858. Trad. in Dénucé : *Traité clinique de l'inversion utérine.*
(6) *Edinb. Med. Journ.*, sept. 1881, p. 193.
(7) *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1895.
(8) *Traité prat. des mal de l'utérus et de ses annexes.*
(9) In Struthers *Lancet*, 31 déc. 1898.

(1) *Trad. in arch. de tocol.*, 1890, p. 232.
(2) *Am. j. of obst.*, 1889.
(3) *La gynécologie*, 1897, n° 1.
(4) *Traité de gynécologie.*
(5) *Mal. des org. génit. de la femme* de Carl Schrœder, 3e éd. franç.

Digitized by Google

nient, et non des moindres, c'est la très longue durée du traitement. Dans la plupart des cas heureux, le succès n'a pas été obtenu en moins d'une semaine. Il a fallu neuf jours à Fessenmayer, vingt-quatre jours à Puech, trente jours à Chouvarsky, quarante-six jours à Czaplicki.

Cette méthode, enfin, est loin d'être inoffensive. L'hyperthermie est notée fréquemment. Trélat dut enlever rapidement le pessaire, malgré les précautions antiseptiques qu'il avait prises. Netzel observa une nécrose de la muqueuse vaginale. Grœve observe une déchirure du vagin. Enfin, West et Lawson Tait ont eu chacun une mort à déplorer après l'emploi du pessaire élastique.

E. — *Tamponnement.* — Le tamponnement vaginal n'est certes point capable de semblables méfaits. Il a certainement donné de beaux résultats à Grassi, à Black, à Baldy, à Charles C. Lee ; mais les cas publiés sont fort peu nombreux, et il est permis de douter de l'efficacité constante d'un procédé qui, comme le précédent, a le très gros inconvénient de ne produire le résultat désiré qu'au bout d'un temps très long.

E. — *Interventions sanglantes conservatrices.* — Pendant de longues années, l'hystérectomie avait été l'unique ressource du gynécologue, mais les opérations conservatrices se sont multipliées. Les interventions ont été pratiquées par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

Les laparotomistes en tête desquels se place Gaillard Thomas (1869) ont eu pour but de faciliter la réinversion de l'utérus en allant directement dilater l'anneau d'inversion, le col, considéré par eux comme l'obstacle unique ou tout au moins le plus important, au retournement de l'organe.

Mais cette dilatation ne fut pas toujours facile à obtenir et surtout à maintenir. Munde et Edw. Malins échouèrent complètement malgré les tractions qu'ils exercèrent sur le fond de l'utérus. Spinelli échoua également en employant, comme Cosentino, les tractions sur les trompes pour retourner l'utérus.

D'Antona, au cours de son opération, Everke, de parti-pris, ont pratiqué sur le col, rebelle à la dilatation, des incisions plus ou moins étendues, très étendues dans le cas d'Everke, et ont ainsi réussi à obtenir la réduction.

En résumé, la laparotomie n'a donné que des résultats médiocrement satisfaisants, puisque sur douze observations que nous possédons, elle a permis d'obtenir huit fois seulement la réduction de l'utérus inversé.

Elle donne une léthalité de 16,66 0/0, et les difficultés sont nombreuses aussi en France, l'opération de Thomas n'a, jusqu'ici, que peu de défenseurs,

Les interventions par la voie vaginale peuvent se classer en différents groupes.

Certains opérateurs ont, comme les laparotomistes, considéré le col comme le principal obstacle ; mais au lieu de l'attaquer par la voie haute, ils l'ont incisé par la voie vaginale.

D'autres, après Matth. Duncan, attribuant, non sans raison, à la rigidité des parois utérines les difficultés de la réinversion, ont, comme Küstner, pratiqué des débridements sur le corps utérin sans toucher au col.

Enfin, un certain nombre de chirurgiens ayant échoué les uns, comme Borelius et Duret, après débridement du corps utérin, les autres après débridement du col, ont eu recours à la section de l'utérus dans toute sa hauteur, col et corps, pratiquant la colpo-hystérotomie complète par opposition à l'opération de Küstner qui ménage le col.

A. *Incisions du col.* — Robert Barnes a été le premier à pratiquer par le vagin des incisions sur le col. Il a eu recours aux incisions multiples : deux latérales et une postérieure, et a réussi dans deux cas. Même succès entre les mains de Kemp, de Wilson, d'Arbuckle. Doyen et Barton Cooke Hirst ont également réussi en ne pratiquant sur le col qu'une seule incision : le premier sur la paroi antérieure, le second sur la paroi postérieure.

Dans ces sept cas, la réduction a été obtenue ; mais dans trois, il s'agissait manifestement d'inversions incomplètes, ou de date récente, circonstances favorables.

Les incisions faites sur le col n'ont jamais été suffisantes par elles-mêmes pour permettre au taxis d'opérer la réinversion et le succès n'a été dû qu'à l'extension des incisions et à la déchirure plus ou moins considérable du tissu utérin. Cette constatation est formellement notée par Wilson, par Doyen, par Barnes qui fut même quelque peu effrayé craignant, dit-il, « qu'il y eût beaucoup de mal. »

C'est le plus grave reproche à faire à cette méthode, que l'impuissance du chirurgien à limiter l'extension fatale de l'incision ou des incisions primitivement faites et ce reproche n'est point sans valeur. L'incision du col a échoué entre les mains de Gaillard Thomas et d'Arnold W. Lea et M. Oui a exécuté sa première colpo-hystérotomie antérieure (1) après échec du débridement cervical.

B. *Débridement du corps utérin.* — Les résultats même heureux obtenus par les chirurgiens qui ont eu recours aux incisions cervicales montrent nettement que ces incisions sont insuffisantes pour permettre la réinversion utérine et que le succès n'est le plus souvent obtenu que par l'extension des incisions jusqu'au corps utérin.

Le premier, Matth, Duncan (2), a constaté que la rigidité des parois du corps utérin joue dans la difficulté de la réinversion un rôle aussi considérable que la rétraction du col. Peut-être même a-t-il exagéré en refusant au col toute importance à ce sujet.

Toujours est-il que, le premier, il a délibérément incisé longitudinalement le corps utérin, en avant et en arrière, et tenté, ensuite, de réduire par le taxis, l'utérus inversé, Il réussit dans un cas et échoua complètement dans un autre, par suite des défectuosités de son manuel opératoire. Il n'avait pas, en effet, osé inciser le péritoine et avait perdu ainsi, en grande partie, le bénéfice de son in-

(1) Oui. VIIIe Congrès international de Médecine et *Echo Médical du Nord*, 19 août 1900.

(2) Matth. Duncan. *Edinb. Med. Journ.*, mars 1877, p. 772.

Digitized by Google

tervention. Arnold W. Lea a réussi, au contraire, en pratiquant des débridements multiples. Küstner (1), le premier, a donné des indications précises sur le manuel opératoire à employer.

Primitivement, Kütsner avait eu l'intention de réduire l'utérus par taxis, après avoir fait la colpotomie postérieure pour pouvoir saisir et fixer solidement avec les doigts, les bords de l'anneau d'inversion. Ayant échoué par ce moyen, il se décida à fendre toute l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus sur une longueur de quelques centimètres, l'incision s'arrêtant à 2 centimètres du fond de l'organe et à 2 centimètres de l'orifice externe du col. L'utérus fut ensuite réinversé à travers le col resté intact, puis suturé à travers la brèche créée par la colpotomie postérieure, et enfin le cul-de-sac de Douglas fut fermé.

Ce manuel opératoire, exécuté par Netzel, par Jordan, par Perlis, leur a donné des succès, mais d'autres opérateurs ont éprouvé des insuccès (Duret, Salin, Borelius).

Les échecs tiennent à ce que toute la paroi interne est rigide, tout l'infundibulum d'inversion est rétracté et résistant, et c'est sur toute la hauteur que doit porter l'incision qui permettra alors d'étaler l'utérus et de le replier ensuite sur lui-même, par un mécanisme tout différent du taxis.

C. *Colpo-hystérotomie.* — C'est en envisageant ainsi la question que Piccoli est arrivé à concevoir l'idée d'une opération plus complète, très supérieure à celle de Küstner et qui mérite bien la qualification de méthode nouvelle que lui a trop facilement déniée Spinelli (2).

Cette méthode, c'est la colpo-hystérotomie complète dont Piccoli a formulé de la façon suivante le manuel opératoire.

1° Faire l'asepsie du canal génital, abaisser l'utérus avec un lien élastique et, éventuellement, curetter la muqueuse utérine.

2° Large ouverture de l'espace de Douglas par une incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin.

3° Nouvelle tentative de réinversion, et, si elle ne suffit pas, incision sur la ligne médiane de l'épaisseur de la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus jusqu'au fond, s'il est nécessaire, et réinversion de l'organe.

4° Suture de l'ouverture péritonéale faite à l'utérus avec des points séparés.

5° Reposition de l'utérus et fermeture de l'espace de Douglas avec points de suture.

6° Réserver l'hystérectomie pour le cas d'hémorrhagie incoercible de la surface de section.

La méthode de Piccoli diffère essentiellement de ce qui avait été fait jusqu'alors, en ce sens que le débridement total de l'utérus, corps et col permet de substituer au taxis, l'étalement de l'utérus et son repliement, manœuvre d'un effet plus sûr et d'une exécution plus facile.

(1) Küstner. *Centr. f. Gynæk.*, oct. 1893.
(2) Piccoli, Congrès intern. de Rome, 1894, t. V, p. 236-237.

Piccoli n'eut pas, d'ailleurs, l'occasion d'appliquer sa méthode. Morisani, Enrico Sava, Westermark, Borelius, Pruntsi, Duret, Graeve, Heinricius l'ont employée avec de remarquables succès.

Plusieurs opérateurs ont apporté au manuel opératoire primitivement fixé par Piccoli, de légères modifications qui ont surtout porté sur le mode de suture. De toutes ces variantes, une seule présente un réel intérêt, c'est celle qui, exécutée par Enrico Sava, et ensuite par Duret, consiste à brancher sur l'incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur, une incision verticale. La brèche vaginale acquiert ainsi une étendue plus grande, et ses bords une mobilité très favorable au replacement de l'utérus.

En 1898, Kehrer a pratiqué l'hystérectomie antérieure, sans ouvrir, cependant, le cul de-sac vaginal. Son procédé est d'une complication extrême, et certainement d'une exécution difficile, et malgré le large débridement opéré, nécessite, pour donner un résultat, l'emploi du taxis latéral. Cette opération n'a été exécutée qu'une seule fois, par Kehrer lui-même, et lui a donné un succès.

C'est également en s'attaquant à la paroi antérieure, mais après avoir largement incisé le cul-de-sac vaginal que Spinelli (1) a pu réduire une inversion datant de deux ans. Oui (2) a pratiqué deux fois avec succès la colpo-hystérotomie antérieure dans des cas dont l'un remontait à cinq mois et l'autre à dix-sept mois et a employé un manuel opératoire peu différent de celui de Spinelli. Le voici :

1° *Incision du cul-de sac antérieur.* — L'utérus est hors de la vulve ; juste au-dessus de la limite d'insertion du vagin, facile à reconnaître par la vue et par le palper, incision semi-circulaire ouvrant le cul-de-sac antérieur. Cette incision doit être très large, de façon à ne pas gêner la réintégration de l'utérus dans la cavité abdominale.

2° *Exploration digitale de l'infundibulum d'inversion.* — Pour s'assurer qu'il ne contient aucun organe (vessie, intestin) susceptible d'être lésé par l'incision.

3° *Incision de l'utérus.* — Des ciseaux sont glissés sur le doigt conducteur et incisent longitudinalement et sur la ligne médiane la paroi antérieure de l'utérus dans toute sa longueur, depuis l'orifice externe jusqu'au fond.

4° *Réduction de l'inversion.* — Les pouces sont appliqués sur la paroi postérieure de l'utérus ; les index saisissent les lèvres de l'incision utérine et les attirent en dehors. Le résultat de cette manœuvre est d'étaler l'utérus. En continuant ce mouvement, on arrive naturellement à le replier de façon que le retournement soit complet. Le fond de l'utérus est alors dirigé en bas et en avant, le col se trouvant en haut et en arrière.

5° *Suture du corps utérin.* — La plaie utérine est réunie du fond jusqu'à l'isthme par une suture entrecoupée au catgut, dont les points sont espacés d'environ un centi-

(1) *Arch. ital. di gynecolegia* et *Centr. f. Gynæk*, 1899. *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1900.
(2) Communication au XIIIe Congrès international de Médecine et *Echo Méd. du Nord*, août 1900, et observation inédite.

Digitized by Google

mètre et comprennent toute la paroi utérine, sauf la muqueuse. Dans l'intervalle de ces premiers points, d'autres sutures sont placées, embrassant la séreuse et les couches les plus superficielles de la musculeuse, de façon à affronter exactement les bords du péritoine.

6° *Réintégration de l'utérus.* — Le fond de l'utérus est alors repoussé en haut et en arrière, de façon à s'engager dans la plaie vaginale. Des pressions modérées lui font franchir l'ouverture du cul-de-sac antérieur.

7° *Sutures du col.* — Le col est suturé au catgut, les bords de l'incision étant affrontés avec soin. Trois ou quatre points comprenant toute l'épaisseur de la paroi cervicale suffisent pour réaliser un affrontement parfait.

8° *Drainage du cul-de-sac antérieur.* — Une petite mèche de gaze iodoformée est introduite dans le cul de-sac vésico-utérin, dont l'ouverture a été préalablement rétrécie par deux ou trois points de suture et le vagin est tamponné modérément avec de la gaze antiseptique.

La mèche drainante et le pansement peuvent être enlevés trois jours après l'opération. Le tamponnement vaginal est alors seul renouvelé.

Au total, la méthode de Piccoli dont la colpo-hystérotomie antérieure est une variante heureuse, a été appliquée dans treize cas. Elle a donné un seul insuccès (Josephson) dans un cas de dix-sept ans. La proportion des succès est donc de 92,30 0/0, certainement très supérieure aux résultats donnés par les autres méthodes. Et, fait des plus importants, il n'y a pas eu une mort à déplorer.

La voie vaginale paraît très supérieure à la voie haute : mais à la condition que les incisions soient faites largement et ne ménagent pas systématiquement le corps ou le col ; et c'est la colpo-hystérotomie compléte qui constitue la méthode de choix.

Mais il y a encore un choix à faire entre les différents procédés.

Le procédé de Kehrer est impraticable par son extrême complication.

Restent en présence la colpo-hystérotomie postérieure (procédé de Piccoli) et la colpo-hystérotomie antérieure.

Deux considérations entrent ici en ligne de compte : les résultats obtenus ; la facilité d'exécution.

Les résultats immédiats sont, si on fait abstraction de l'échec de Josephson, aussi satisfaisants d'un côté que de l'autre. La réduction de l'inversion est la règle, mais si nous relisons les observations de colpo-hystérotomie postérieure, nous constatons que dans la moitié des cas (Westermark, Borelius, Graeve, Heinricius), il s'est produit secondairement une rétro-déviation de l'utérus Au contraire, dans tous les cas de colpo-hystérotomie antérieure, l'antéflexion normale de l'organe a persisté. Il faut donc en conclure que la laxité des ligaments utérins n'est pas seule en cause dans la production des rétrodéviations signalées et qu'il est logique d'attribuer dans ces cas, avec Spinelli, une certaine influence à une adhérence cicatricielle de l'utérus, au niveau de la ligne de sutures, avec le péritoine du cul de-sac de Douglas. Cette rétroversion de l'utérus, si fréquente après la colpo-hystérotomie postérieure, n'est pas sans inconvénient, et peut même constituer un danger pour une grossesse ultérieure.

La facilité d'exécution est également en faveur de la colpo-hystérotomie antérieure.

Le seul reproche que l'on puisse faire à ce procédé, c'est le danger de blesser la vessie. Mais, dans la presque totalité des cas, la vessie est complètement décollée de l'utérus et, par conséquent, éloignée du champ opératoire.

C'est pour ces raisons que la colpo-hystérotomie antérieure paraît préférable à la postérieure.

En terminant, il n'est pas sans intérêt de constater que cette longue incision ne compromet nullement, contrairement à l'opinion d'Everke, la solidité de la paroi utérine au cas de grossesse ultérieure, ainsi que le démontre l'observation de Duret (1). La colpo-hystérotomie a déjà sauvé des utérus qui, après traitement par les anciennes méthodes, étaient voués à l'hystérectomie. Elle nous laisse aussi toute sécurité en ce qui concerne l'avenir génital des opérées.

Hystérectomie. — Si remarquables que soient les résultats obtenus par la colpo-hystérotomie, il restera vraisemblablement un certain nombre de cas dans lesquels la réduction de l'inversion sera impossible même avec l'aide de cette puissante méthode. L'hystérectomie constituera alors la dernière ressource pour tirer les malades de leur douloureuse et misérable existence.

Legueu (2) a pratiqué l'hystérectomie vaginale dans un cas d'inversion irréductible, de la façon suivante : ouverture des culs-de-sac péritonéaux après incision du vagin. Deux pinces sont appliquées de chaque côté sur les ligaments larges et l'utérus est détaché. Dans l'utérus, se trouvaient les trompes et les ovaires.

Duret (3) incise les culs de sacs vaginaux, ouvre le cul-de sac vésico-utérin et l'espace de Douglas, et lie les artères utérines. Il sectionne ensuite la face antérieure, puis la face postérieure de l'utérus qu'il divise ainsi en deux moitiés, procède à la ligature de chacun des ligaments larges et des utéro-ovariennes et enlève ensuite successivement chaque moitié de l'utérus avec les annexes du même côté. Le manuel opératoire de Legueu est plus rapide et plus expéditif que celui de Duret, mais il n'est pas sensiblement supérieur.

TRAITEMENT DE L'INVERSION POLYPEUSE

Le premier acte nécessaire du traitement est l'ablation du polype.

Dans les cas difficiles, Schrœder (4) a conseillé de fendre la muqueuse vers l'endroit où elle passe de la tumeur sur le corps utérin inversé et d'énucléer ensuite la tumeur.

Le volume de la tumeur, la pédiculisation plus ou moins

(1) In Th. de Bonte, Paris, 1900.
(2) *Soc. Anat.*, juin 1894.
(3) Congrès de Genève, 1896, et in Th. Brasseur, 1895.
(4) *Centr. f. gynak.*, 1886, p. 723.

Digitized by Google

complète feront varier les procédés d'ablation : section simple du pédicule, morcellement, énucléation.

Après l'ablation du polype, on voit, dans un certain nombre de cas, la réduction s'effectuer spontanément. Dans d'autres cas, au contraire, l'utérus reste inversé.

La thérapeutique doit s'inspirer alors des mêmes considérations qui guident l'opérateur dans les cas d'inversion d'origine puerpérale.

Le taxis sera donc pratiqué avec douceur, en prenant la précaution indiquée par le professeur Pinard pour la réduction de l'inversion puerpérale récente et sur laquelle M. Segond a insisté, de rentrer l'utérus dans le vagin avant de faire les tentatives de taxis.

Au cas où le taxis ne réussirait pas, on pourrait, à l'exemple de Krassowki (1), tenter la réduction à l'aide de la pression élastique continue qui a donné également un succès à Wats (2).

Dans l'inversion polypeuse, on pourrait également avoir recours, au moment même de l'ablation du polype, à la colpo-hystérotomie, ce qui aurait l'avantage de se débarrasser de la tumeur et de l'inversion en une seule séance.

Il est incontestable que, dans l'inversion polypeuse, la conservation de l'utérus s'impose généralement moins que l'inversion puerpérale.

C'est que l'inversion polypeuse se produit très souvent dans l'âge mûr, alors que les femmes approchent du terme de l'existence génitale active, et la conservation de l'utérus est alors d'un intérêt secondaire. Dans l'inversion puerpérale, au contraire, la femme est habituellement en pleine activité génitale et tout doit être tenté pour conserver l'utérus.

Aussi, beaucoup d'opérateurs n'ont-ils pas même tenté, dans l'inversion polypeuse, la conservation de l'utérus et ont-ils immédiatement procédé à l'amputation. Tels, les cas de Grenander, de Gottschalk, d'Oliver, de Kehrer (3). S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La cure alimentaire du tuberculeux. — M. S. Bernheim (Congrès de la tuberculose) insiste sur l'importance de la cure alimentaire chez le phtisique et sur la place qu'elle doit occuper dans la triade thérapeutique de Brehmer. Cette nécessité, d'une alimentation réparatrice, déjà proclamée par les anciens cliniciens, doit cependant être raisonnée et ne pas être appliquée sans discernement.

Il ne suffit pas de dire à un tuberculeux ou de lui ordonner de manger beaucoup, souvent et d'absorber une alimentation riche. Avant d'imposer un régime aussi vague, le clinicien doit se rendre un compte exact, précis, de l'état gastrique des malades qui n'est pas uniforme : chez les uns, on trouve de l'hypoacidité, chez les autres de l'hyperacidité ; chez ceux-ci, une dilatation énorme, chez ceux-là une diminution de volume, chez certains une anorexie complète, chez d'autres une intolérance absolue. L'auteur insiste sur ce point, qui n'est généralement pas admis, que l'estomac du phtisique est souvent le siège de lésions tuberculeuses ou au moins l'objet de troubles toxiques d'origine bacillaire, et qu'il faut varier ses moyens d'action suivant chaque malade.

Ensuite, l'auteur passe en revue les différents aliments qu'on doit conseiller de préférence au tuberculeux. Il étudie leur richesse en azote, en sels minéraux et parallèlement à cette étude générale des aliments, il met en relief les principaux facteurs de la dénutrition du malade. Aussi, le clinicien peut-il tirer lui-même de cette étude clinique et biologique les conclusions pratiques, qui sont, du reste, résumées d'une façon très précise. S'il faut réparer au plus vite le terrain, l'organisme délabré, il est imprudent d'exiger du premier coup un effort trop considérable de l'estomac. Cet organe doit être « entouré de soins pieux » et non pas être surmené brutalement ; la suralimentation brusque ainsi imposée ne donne que des résultats factices dont le bénéfice est vite reperdu. Rien ne sert de faire ingérer une quantité énorme d'aliments au malade ; il faut surtout lui donner des aliments qu'il est susceptible d'assimiler. En commençant cette alimentation prudemment, méthodiquement, on arrive, du reste, à entraîner l'estomac du malade et ce dernier finit par se nourrir lui-même avec goût et profit.

L'auteur combat le régime carné exclusif, car si ces aliments renferment une grande quantité d'azote, ils contiennent une quantité infime des nombreux sels et acides puissants indispensables à la restauration de l'organisme. « Il ne s'agit pas seulement d'engraisser le terrain du tuberculeux, mais il faut encore l'enrichir de nombreux sels organiques indispensables à sa vitalité », et pour atteindre ce but, un régime mixte d'aliments azotés et d'hydrocarbones est indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

L'appendicite, *discussion de sa pathogénie*, par le Dr Louis Vibert, médecin consultant à Châtel-Guyon. Préface de Lucas-Championnière. Un volume in-18 raisin de 90 pages, cartonné, prix 3 fr. — Société d'Editions scientifiques.

Aide-mémoire des maladies de l'intestin, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 285 pages cart. (librairie J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris) 3 fr.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

(1) *Wratch*, 1894. — In Persin, Th. Montpellier.

(2) *Am. J. of obst.*, 1879.

(3) Résumé d'après le rapport de M. Oui, agrégé de la Faculté de Lille (*Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, Nantes 1901).

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OTOLOGIQUE

Lavages et pansements secs dans le traitement de l'otorrhée simple

Par Marcel Natier, *directeur de l'Institut de laryngologie et orthophonie de Paris*

I

S'il est juste et désirable que le médecin se préoccupe d'élucider les problèmes obscurs de pathologie pouvant, chaque jour, s'offrir à ses méditations, il ne saurait, pour cela, se désintéresser de certaines questions cliniques rendues excessivement banales par suite de leur fréquenee extrême. Parmi celles-ci doit certainement figurer au premier rang l'otorrhée qui, peut-être, n'est pas toujours l'objet d'une attention suffisamment éveillée au point de vue thérapeutique.

Longtemps dédaignée en France où elle était simplement considérée comme une branche tout à fait accessoire de la médecine ne parvenant qu'avec peine à mériter la faveur de quelques-uns qui s'étaient consacrés à sa pratique d'une façon exclusive, l'étude de l'otologie, actuellement, présente une tendance manifeste à se généraliser de plus en plus. Une plaisanterie habituelle, que nous avons même entendu faire au cours de nos voyages à l'étranger par des confrères spécialistes qui, assurément, manquaient de conviction, consistait à dire que les maladies d'oreilles se divisaient en deux grandes catégories : 1° Celles qui guérissent, et 2° celles qui ne guérissent pas. La première variété comprenait le bouchon de cérumen, dans la seconde étaient rangées toutes les autres affections. Cette classification qui, à défaut d'autres qualités, avait au moins celle d'une très grande simplicité, ne jouirait plus aujourd'hui, croyons nous, tout à fait du même crédit.

Sans vouloir envisager ici tous les cas où l'intervention du médecin, justement légitimée, est susceptible de produire les plus heureux résultats pour le patient, nous ne nous occupons que du seul traitement de l'otorrhée simple, nous efforçant de faire ressortir les avantages et les inconvénients que nous semblent présenter les divers procédés préconisés. Une série d'hypothèses pourraient être émises à ce sujet ; nous pensons qu'il est possible de les résumer sous les deux chefs suivants : 1° Doit on soigner l'otorrhée ? — 2° Comment doit-on soigner l'otorrhée ?

II

A. Doit on soigner l'otorrhée ? — Une telle question est susceptible, au premier abord, de paraître tout à fait étrange ; c'est qu'en effet on ne voit pas très bien quelles bonnes raisons il conviendrait d'invoquer pour faire respecter les suppurations au niveau de l'oreille. Cependant, il est encore quantité de personnes prétendant qu'il ne faut pas toucher aux otorrhées, car ce sont des « humeurs qui sortent du cerveau et dégagent la tête ». Que, si on arrêtait pareils écoulements, cela pourrait constituer un grand danger pour les malades qui se verraient ainsi exposés à des congestions ou même à la mort. Et cette opinion singulière n'est pas uniquement accréditée en dehors du monde médical ; car, force est bien de l'avouer, beaucoup de praticiens, sur ce chapitre, partagent d'une façon presque complète l'erreur du vulgaire. Bien plus, à des malades qui auraient l'intention de se soigner très sérieusement, il arrive trop communément que des médecins disent : « N'ayez aucune inquiétude, cela n'en vaut pas la peine, et faites simplement quelques lavages de l'oreille ». Aussi, dans les deux cas, et si l'abstention complète d'un côté et l'indifférence relative de l'autre ne procèdent pas absolument des mêmes causes, est-il permis d'avancer que les résultats, tout au moins, ne sont guère différents.

Or, ceux-ci peuvent se traduire de façons diverses. En effet, abandonnée à elle-même ou soignée de façon défectueuse, l'otorrhée cessera spontanément au bout d'un temps variable, ou bien elle passera à l'état chronique avec menaces, plus ou moins rapides, de complications d'une gravité parfois considérable sinon tout à fait fatale.

Fort heureusement, et le plus souvent, alors même qu'ils ne sont l'objet d'aucuns soins spéciaux, les écoulements purulents de l'oreille s'arrêtent d'eux-mêmes au bout de quelques jours. C'est ainsi qu'ordinairement les choses se passent quand il s'agit, par exemple, d'otorrhées aiguës peu abondantes, survenant au cours ou à la suite d'un vulgaire coryza ou après un traumatisme léger avec retentissement sur le tympan et la caisse. Mais, déjà, il n'en est plus de même pour les otorrhées qui viennent compliquer une grippe d'une certaine intensité, et surtout pour celles qui sont liées à un état infectieux prononcé ainsi que cela s'observe fréquemment dans les cas de fièvres éruptives. En pareille circonstance et pour peu que le sujet, profondément cachectisé, présentât un excellent terrain de culture, la suppuration de l'oreille est capable de devenir pénible à la fois par son abondance et par sa chronicité. Et c'est alors que seront à redouter les complications dont la gravité s'accroît du voisinage très immédiat et si particulièrement dangereux de l'oreille avec le cerveau.

Pour toutes ces raisons, sur lesquelles il serait superflu d'insister pour en souligner l'importance, on comprendra facilement que l'abstention ou l'indifférence, dans le traitement de l'otorrhée, constituent une conduite à la fois blâmable et tout à fait cou-

Digitized by Google

pable. C'est qu'en effet elles peuvent favoriser l'éclosion d'accidents susceptibles de déterminer une issue mortelle. Aussi, ne saurait-on paraître trop exagéré en recommandant très instamment de combattre toujours les écoulements d'oreilles.

III

B. Comment doit-on soigner l'otorrhée? — La question est loin d'être aussi simple qu'on serait à première vue tenté de le croire. L'otorrhée prise en elle-même et sans faire allusion aux complications nombreuses qu'elle peut provoquer, est, en effet, capable de revêtir des formes éminemment variables quant à l'origine de l'écoulement. Ainsi, dans certains cas, les plus rares, la suppuration s'effectue au niveau même des parois du conduit, d'autres fois elle a pour siège la membrane du tympan: mais, le plus communément, elle a sa source dans la caisse, ou bien parce que le pus s'est formé en cet endroit, ou bien parce qu'il provient des cavités de voisinage par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache ou du canal antro-tympanal.

a). *Suppurations du conduit.* — Elles sont, en général, occasionnées par des furoncles de préférence développés au pourtour du méat. Ceux-ci, après avoir déterminé des douleurs d'une violence parfois extrême, et au bout de deux ou trois jours, peuvent s'ouvrir spontanément et donner issue à un léger écoulement. En pareil cas, il suffit, ordinairement, de procéder à un nettoyage minutieux du conduit, d'exercer un certaiu degré de pression sur les parois du furoncle, au besoin d'en agrandir l'ouverture avec le couteau pour lui permettre de se vider entièrement et de terminer par l'insertion forcée dans l'oreille de mèches de gaze antiseptique destinées à comprimer les parties lentement et d'une façon continue. Le pansement est laissé en place pendant 24 ou 48 heures, trois jours, au besoin, et, quand on le retire, il est fréquent de constater une guérison complète.

Mais les choses ne se passent pas toujours avec une aussi grande simplicité, car parfois on devra compter sur des suppurations plus prolongées. C'est ainsi que récemment nous avons eu à soigner un très bel exemple de ce genre. Il s'agissait d'un enfant de 15 ans qui vint nous consulter au mois de janvier dernier après avoir beaucoup souffert de son oreille gauche pendant trois ou quatre jours et qui ne pouvait reposer, même la nuit, tant était grande la douleur éprouvée. A l'examen, le méat fut trouvé entièrement obstrué par l'œdème de ses parois ; le moindre attouchement provoquait une sensibilité très vive. Notre première pensée fut que nous devions-nous trouver en présenée d'une otite moyenne aiguë avec rétention probable du pus. Or, à notre surprise et après qu'eut été faite la toilette du conduit, nous constations que nous avions affaire à un œdème localisé de sa paroi antéro-supérieure au niveau du méat, tout le reste demeurant complètement indemne Une incision, pratiquée séance tenante, permit l'évacuation d'une certaine quantité de pus; un pansement compressif fut établi et le malade invité à revenir nous voir au bout de deux ou trois jours. Mais, dès le lendemain, il nous retournait se plaignant de n'avoir pu dormir de la nuit et d'avoir été obligé d'enlever son pansement à cause de la violence des douleurs.

Et, en effet, l'œdème était toujours aussi accusé et la suppuration relativement moins abondante était accentuée par la compression de la fosse temporale. Cette marche de l'affection nous paraissant tout à fait anormale nous procédâmes à une investigation plus complète des parties. Le stylet, introduit dans l'orifice d'ou s'écoulait le pus, cous conduisit au contact même de la paroi osseuse dénudée sur une certaine étendue. Dans la réalité nous nous trouvâmes en présence d'une périotite du temporal. Celle-ci était-elle primitive et avait-elle donné lieu à la formation de l'abcès? ou au contraire était-elle consécutive à un furoncle qui l'aurait déterminée par propagation de voisinage? C'est un point sur lequel il peut paraître délicat de se prononcer d'une façon absolue. Cependant, et étant donnée l'évolution du mal, nous inclinerions plus volontiers vers la première hypothèse. Quoi qu'il en fut, le procédé thérapeutique fut aussitôt modifié. L'orifice ayant en effet été débridé et agrandi, nous insinuâmes une mèche de gaze iodoformée qui fut portée jusqu'au fond de l'abcès. Le drainage ainsi assuré, le pansement fut renouvelé pendant trois ou quatre jours consécutifs ; l'état alla sans cesse en s'améliorant et, au bout d'une dizaine de jours, tout était rentré dans un ordre parfait.

Le pus qui se fait jour dans la lumière du conduit n'a pas constamment pour origine ses parois propres. Ainsi il nous est arrivé, dans le courant de l'année dernière, de donner des soins à un homme âgé de 33 ans et qui était venu nous consulter pour une « grosseur » développée, spontanément, en arrière de l'oreille gauche. Le début de l'affection, tout à fait insidieux, s'était simplement traduit, quelques semaines auparavant, par de légères démangeaisons à l'intérieur du conduit; elles avaient été, sur le conseil d'un médecin, combattues par des injections de camomille. Au moment de l'examen, et comme nous tentions d'introduire dans le conduit un spéculum, le patient accusa une douleur très vive; procédant alors avec une extrême douceur, nous arrivions vite à reconnaître, à l'aide du stylet, l'existence du point sensible. Celui-ci se trouvait sur la paroi inférieure à son union avec la paroi postérieure et à

Digitized by Google

environ un centimètre de l'orifice externe. Et, en effet, le moindre contact du spéculum ou du stylet, en cet endroit précis, arrachait aussitôt une plainte au patient. Bientôt une investigation plus minutieuse nous révélait la présence de traces de pus en même temps qu'une nécrose limitée de la paroi osseuse. Dès lors s'expliquait la « grosseur » qui n'était autre chose qu'une collection purulente lentement formée en un point déclive. Celle-ci, du volume d'une petite noix, était située en arrière du pavillon et un peu au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde ; recouverte d'un tégument violacé n'ayant nullement l'aspect inflammatoire, elle présentait, au palper, un certain degré de rénitence. L'ouverture de l'abcès ayant été pratiquée séance tenante, sans, du reste, provoquer la moindre douleur; il s'en écoula une certaine quantité de pus pouvant être évaluée à un centimètre cube environ.

Explorant alors la cavité, nous fûmes tout étonné de sentir le stylet s'engager dans des anfractuosités dont l'une nous conduisit directement sur le plancher, à travers le trajet fistuleux qui donnait issue aussi à ce niveau. En même temps nous nous rendions compte que la paroi externe de l'apophyse mastoïde était nécrosée et dénudée sur une large étendue ; mais il nous fut impossible de trouver des séquestres mobiles. Un interrogatoire plus détaillé nous permit d'arriver à cette conviction, la seule plausible dans l'espèce, qu'il devait s'agir d'une mastoïdite primitive vraisemblablement localisée à la face externe de l'apophyse et survenue à la suite d'une forte attaque de grippe contractée six mois auparavant, et dont l'évolution s'était faite à l'insu du malade. Cette constatation établie, tout autre devenait la ligne de conduite à suivre pour le traitement de l'otorrhée : il fallait, en effet, pour en triompher, s'adresser à la cause même et procéder au curettage des parties nécrosées par une opération externe. Le patient, n'ayant pas tout de suite partagé ces vues, désira être soigné par le drainage à l'extérieur ; mais, au bout de quelque temps et après qu'il lui eut été maintes fois répété qu'il ne fallait pas compter sur une guérison par ce procédé, il se rendit à nos arguments et nous déclara qu'il était décidé à entrer dans un hôpital pour se soumettre à une opération radicale.

Enfin, il existe encore d'autres cas où le pus vient sourdre dans le conduit même par un orifice fistuleux, et alors que la suppuration a son origine en un point plus ou moins éloigné. Tels sont certains faits signalés de mastoïdite de Bezold où le pus refluait ainsi par regorgement dans le conduit et encore quelques observations d'otites moyennes purulentes où la présence du pus constaté dans le conduit ne pouvait s'expliquer, le tympan ayant conservé son entière intégrité, que par une irruption effectuée au pourtour de l'anneau péritympanal, en l'un des points où, suivant les démonstrations qui en ont été faites, existe une déhiscence anatomique. Ici également l'otorrhée ne saurait être efficacement combattue qu'autant qu'on s'adressera directement à sa cause et qu'on aura sûrement triomphé de cette dernière.

B. *Suppuration de la caisse.* — Les otites moyennes suppurées constituent la variété la plus commune d'otorrhées, celles qu'en réalité, dans la pratique, le médecin doit le plus fréquemment soigner, différents hypothèses peuvent se présenter suivant qu'il s'agit de formes simples ou, au contraire, de formes compliquées d'écoulements récents ou de suppurations anciennes. Mais, comme nous ne voulons pas entrer, actuellement, dans la discussion des espèces, nous ne nous occuperons que du seul traitement de la vulgaire et banale otorrhée, celle qui s'observe quotidiennement.

Les divers procédés utilisés contre l'otorrhée peuvent, en réalité, se ramener à deux types principaux, soit que l'on ait recours : 1° aux lavages, 2° aux pansements secs. Nous allons donc, successivement, envisager ces deux modes de traitements ainsi que les variétés qu'ils sont susceptibles, d'après les circonstances, de comporter.

1° *Lavages.* — Ils ont, pendant longtemps, constitué l'unique thérapeutique employée dans les otorrhées et, nous pourrions presque ajouter, dans toutes les maladies d'oreilles. Ayant su mériter et conservant encore, dans une très large mesure, non seulement la faveur du public, mais aussi celle de la généralité des médecins praticiens. On les trouve d'un emploi si simple qu'on n'hésite pas un seul instant à y recourir. Il suffit, en effet, d'eau chaude, le plus souvent additionnée d'un peu d'acide borique ou d'un antiseptique quelconque admis par l'usage que l'on projettera dans le conduit en quantité plus ou moins considérable et à des intervalles plus ou moins rapprochés. Les instruments usités à cet effet sont d'ordinaire une seringue ou un ballon en caoutchouc, de dimensions variables et munis ou non d'un ajustage ; ou encore un appareil laveur, tel que siphon, douche à injections, etc. C'est au malade lui-même qu'est en général confié le soin de pratiquer le lavage; et, pour mieux parvenir à ce résultat, certains médecins se sont même évertués à inventer des appareils d'une complication savante. Ceux ci non seulement dispenseraient de toute assistance, plus encore, ils éviteraient tout accident pouvant être déterminé par la force du jet. En un mot : le vrai remède à la portée de chacun et constamment sous la main !

Or, en réalité, est-il exact : 1° que les lavages suffisent pour le traitement de l'otorrhée et, — 2° qu'ils

Digitized by Google

puissent être confiés au malade lui-même. Il faut bien reconnaître que dans la pratique, et cela fort heureusement pour les patients, c'est ainsi que généralement les choses se comportent; mais on pourrait ajouter également qu'il existe beaucoup de cas dans lesquels la suppuration disparaît spontanément, et parfois même dans un délai assez restreint, sans avoir été l'objet d'aucuns soins. Est-ce une raison suffisante pour déclarer qu'il est inutile de traiter les otorrhées? Personne, assurément, n'oserait pousser à ce point l'indifférence qui deviendrait alors coupable. Quant aux lavages proprement dits, ils ne sauraient avoir qu'une action limitée. S'il est en effet possible, de la sorte, d'arriver à nettoyer le conduit du pus qui s'y trouve, on n'est jamais complètement assuré, par ce moyen, d'arriver à rétablir un drainage convenable. C'est qu'en effet, le liquide otorrhéïque peut, dans certains cas, présenter une consistance visqueuse et alors que la partie aqueuse s'élimine facilement, la partie solide, au contraire, vient se déposer au fond du conduit où elle arrive à former un magma caséeux plus ou moins épais. Que si la perforation se trouve ainsi bouchée, il y aura rétention de pus dans la caisse avec toutes les conséquences qui peuvent s'en suivre. Et cette hypothèse, d'une réalisation plutôt difficile quand les lavages sont soigneusement et fréquemment pratiqués par un médecin expert dans ce genre de soins, aura bien plus de chances de s'accomplir si le traitement est conduit, un peu à l'aveugle, même par un praticien insuffisamment préparé à ce rôle. Cela revient à dire à combien de dangers un malade peut se trouver exposé s'il s'acquitte en personne de ce soin et quelle que soit la grande variété des instruments ou appareils mis à sa disposition. Aussi déconseillons-nous absolument dans l'otorrhée ce genre exclusif de traitement. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Applications de la minéralogie biologique à la thérapeutique
De la reminéralisation du protoplasme

Par J. Gaube (du Gers)

Notre sympathique et savant maître, M. Huchard, a bien voulu nous faire l'honneur de nous demander de venir vous exposer les applications de la minéralogie biologique à la cure des maladies, autrement dit, les ressources thérapeutiques de la minéralogie biologique.

La minéralogie biologique, vous le savez, s'occupe des minéraux qui entrent dans la constitution des végétaux, des animaux et de l'homme; j'ai appelé *sol animal*, par opposition au *sol végétal*, la réunion de tous les éléments de minéralisation qui entrent dans la constitution des animaux et de l'homme; tout comme les végétaux, les animaux et l'homme puisent, en dernière analyse, leurs éléments de vie dans le sol, dans cette terre de végétation constituée par l'émiettement des roches dont est formée la croûte terrestre.

Les éléments de la minéralisation normale des êtres vivants sont limités et les oxydes métalliques sont les bases de la vie.

Par le fait même que les éléments de la minéralisation normale de l'homme sont limités, vous comprenez que l'on peut modifier la manière de vivre de l'homme par des amendements apportés à sa minéralisation; vous comprenez que certains amendements peuvent exercer une influence funeste sur les mauvaises herbes qui poussent dans le sol humain, *sur les microbes*, sans offenser, d'ailleurs, les cellules de notre organisme.

Mais la minéralisation des êtres vivants n'est-elle pas une utopie, moins qu'une hypothèse; n'est-elle pas un mirage de l'esprit? Sans m'attarder à des démonstrations déjà faites, je répondrai catégoriquement, que la minéralisation des êtres vivants est une réalité; que son origine se confond avec les origines de la vie, et que le secret de sa puissance, sous un petit volume, réside dans les propriétés de la matière minérale elle-même. La minéralisation des êtres vivants, de l'homme, ne peut demeurer constante au milieu des vicissitudes de la vie, et nous arrivons à la déminéralisation, soit au manque de tous les éléments de minéralisation, soit au défaut de quelques-uns des éléments de minéralisation; ces modes divers de la minéralisation ou mieux de la déminéralisation prennent une importance considérable en regard de la transformation des espèces; je viens de démontrer tout dernièrement (1) que la minéralisation était le facteur le plus puissant de la sélection naturelle.

Il existe donc une minéralisation normale de l'homme, minéralisation qui peut dégénérer et devenir la déminéralisation. A quels signes reconnaîtrez-vous la déminéralisation? Pouvez-vous remédier à la déminéralisation? Vous reconnaîtrez la déminéralisation à tous les signes qui vous permettent de distinguer un être sain d'un être malade, car tous les malades sont des déminéralisés; que vous vous trouviez en présence d'une maladie aiguë ou d'une maladie chronique, vous êtes en présence de la déminéralisation; certes, chacun de vos malades sera déminéralisé d'une manière différente et quant aux éléments de sa minéralisation et quant au poids de chacun de ces éléments; plusieurs heures ne me suffiraient pas pour vous développer les moyens de distinguer chacun de

(1) *Cours de minéralogie biologique*, semestre d'été 1901.

Digitized by Google

ces modes de la déminéralisation; je dois ajouter encore que bon nombre d'enfants, de femmes ou d'hommes qui paraissent sains, sont déminéralisés et si, par l'analyse, vous pouviez, à ce moment, juger de leur déminéralisation, vous éviteriez des catastrophes dans l'avenir; mais jusqu'au jour de la chute, les hommes ne viennent point réclamer les bons offices du médecin.

Il est un cas de la déminéralisation qui domine tous les autres, dans toutes les circonstances; que la déminéralisation soit anormale, comme cela ce voit souvent pendant la croissance; que la déminéralisation soit franchement pathologique, c'est-à-dire qu'elle soit devenue la conséquence, après avoir été la cause principale de la maladie, le protoplasme est toujours atteint par la déminéralisation; or, vous le savez aussi bien que moi, le protoplasme est le premier élément de formation de tous les tissus; tous les tissus sont des formes différentes du protoplasme. Il n'existe dans l'univers qu'un seul protoplasme et ce protoplasme a partout et toujours une composition identique, une minéralisation de constitution toujours et partout la même; la chaux et la magnésie sont les deux oxydes minéralisant exclusivement le protoplasme; la chaux se rencontre en plus grande quantité dans le protoplasme que la magnésie, dans la proportion de 70 0/0, en moyenne. La déminéralisation du protoplasme est d'autant plus grave que le protoplasme composé de matière protéique et de chaux et de magnésie est le premier ferment de tous les organismes, ferment hydratant le plus souvent, ferment plus rarement oxydant; le phosphore fait adventivement partie de la matière protéique du protoplasme; vous n'ignorez pas qu'un certain nombre d'albuminoïdes sont constituées par de l'azote, du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène et du phosphore; la caséine est un exemple de ces albuminoïdes.

Le protoplasme atteint de déminéralisation, c'est la vie compromise dans ses œuvres vives. Aussi, en présence d'un malade, quelle que soit la nature de sa maladie, vous ne devez éprouver aucune hésitation, vous devez faire de la reminéralisation, assurés que vous êtes de sa déminéralisation portant, sans doute, sur des éléments cellulaires de constitution minérale différente, mais portant sans aucun doute possible sur le protoplasme.

Oui vous devez faire la réminéralisation du protoplasme parce que cette reminéralisation est indispensable et parce que vous avez les moyens de faire cette réminéralisation.

D'aucuns ne croient pas la réminéralisation possible parce qu'ils sont d'avis que la matière minérale n'est pas absorbée ou que si, par impossible, elle est absorbée, elle ne peut l'être que sous une forme ayant vécu; sans m'arrêter à la critique d'expériences exécutées par les hommes les plus recommandables, je vous affirme que la matière minérale peut être absorbée à la suite de son ingestion en nature et mieux encore, en ce qui concerne la réminélarisation toute particulière du protoplasme que nous visons en ce moment-ci, par un artifice de préparation des plus simples; j'ai démontré ailleurs (1) que la capacité de l'estomac humain rendait matériellement impossible la réminéralisation exclusivement sous la forme de matière minérale ayant vécu, sous la forme d'aliments tirés du règne végétal ou du règne animal; ce n'est point que la quantité de matière minérale, dans le cas d'une nourriture végétale, soit insuffisante, mais elle pèche absolument par la qualité, par le rapport des éléments de minéralisation propres à la minéralisation de l'homme; tout autre est, d'ailleurs, le rôle de nourrisseur et le rôle de thérapeute; le thérapeute veut administrer des corps choisis en vue d'une action et d'un résultat précis; ce sont ces corps seulement qu'il veut introduire dans l'organisme et non point d'autres. Qu'est-il besoin, d'autre part, d'aller chercher ailleurs que dans ce que nous constatons chaque jour les preuves de l'absorption et de l'utilisation par notre organisme de la matière minérale? Est-ce que nous ne jetons pas chaque jour dans notre estomac du sel, du chlorure de sodium en nature? Est-ce que ce sel, ce chlorure de sodium nous ne le retrouvons pas, en grande partie du moins, dans les urines? Ce sel, ce chlorure de sodium a donc traversé l'organisme, et je serais satisfait si vous voulez bien m'accorder qu'il a agi au sein de l'organisme selon ses qualités physiques et chimiques, car ses éléments composants n'ont pas pu se détruire; alors je vous affirmerai que le sel a participé à la nutrition.

Nous avons besoin pour réminéraliser notre protoplasme de chaux et de magnésie seulement. Dans quelles proportions et sous quelle forme allons-nous denner à notre malade ces deux éléments de réminéralisation? Le mieux serait que nous puissions faire, pendant plusieurs jours de suite, l'analyse des urines de notre malade pour déterminer le poids exact de chaux et de magnésie qui nous manquent; la chose est souvent peu pratique et aussi bien n'est-elle pas indispensable dans le cas actuel. Nous ne pouvons cependant pas administrer à notre déminéralisé la chaux et la magnésie selon le caprice de notre esprit, à notre fantaisie, et à défaut d'analyse faut-il au moins que nous ayons un moyen de doser notre réminéralisation. Je dois vous dire d'abord que parmi le grand nombre de malades que j'ai analysés, j'ai très rarement trouvé la chaux et la ma-

(1) *Cours de minéralogie biologique*, 2e série.

Digitized by Google

gnésie de plus de la moitié au-dessous de leur moyenne normale, soit 0 g. 08 pour la magnésie, 0 gr. 17 pour la chaux ; j'ai parfois trouvé moins de 0 g. 02 de magnésie et moins de 0 g. 10 de chaux pour une révolution de 24 heures; ce sont là des faits exceptionnels et généralement les déminéralisés restent au niveau des taux que je viens de vous indiquer, soit 0 g. 08 pour la magnésie et 0 g. 17 pour la chaux ; ceci admis, vous agirez vis-à-vis de vos malades comme s'ils manquaient de 0 g. 08 de magnésie et de 0 g. 17 de chaux nécessaires à leur existence quotidienne ; je dois vous faire remarquer que ces nombres 0 g. 08 et 0 g. 17 expriment la moitié en poids moyen de la magnésie et de la chaux utilisées en vingt-quatre heures par un homme de poids moyen ; or, votre déminéralisé peut être au-dessous ou au-dessus de la moyenne des autres hommes ; il est certainement au-dessus ou au-dessous, à moins que, par extraordinaire, il ne représente la moyenne, ce qui serait une exception ; en général, voici comment vous procéderez pour doser votre chaux et votre magnésie réminéralisatrices : vous mesurerez la taille de votre déminéralisé ; de la taille vous déduirez son poids et du poids vous déduirez la dose de chaux et de magnésie que vous devez administrer chaque jour, sachant que, à chaque kilo-corporel correspondent : magnésie = 0 g. 0026 ; chaux = 0 g, 0053 dont la moitié est de 0 g. 0013 pour la magnésie et de 0 g. 002650 pour la chaux. Pour déduire le poids de la taille, je transforme simplement les deux derniers chiffres du nombre exprimant la taille en centimètres, je transforme, dis je, ces deux derniers chiffres en kilogrammes ; ainsi un homme de 1 m. 60 ou 160 c. de hauteur pèsera 60 kilog.; pour les femmes, je retranche du nombre des kilo g. produits par la taille, le nombre 2,5 ; ainsi une femme de 1 m. 60 ou 160 c. de hauteur pèsera 60 kilog. moins 2 kilog. 500 gr., soit 57 kilog. 500 gr.; j'ai appelé ce poids, le poids anthropométrique ou esthétique ; anthropométrique parce qu'il est l'expression d'un grand nombre de mesures d'êtres humains ; je l'ai appelé esthétique, parce que je crois me rappeler que la relation du poids à la taille était l'un des *canons* de la statuaire antique ; cette manière de faire est très proche de la vérité et a surtout le grand mérite d'être pratique à côté des formules du poids théorique de Peyraud. La réminéralisation des enfants nécessite de trop longs développements pour que je puisse l'aborder aujourd'hui

Voilà les doses *pro die* de chaux et de magnésie trouvées; sous quelle forme allons-nous administrer la chaux et la magnésie ?

J'ai expliqué dans une de mes leçons de l'année dernière les raisons qui m'avaient déterminé à choisir les phosphoglycérates de chaux et de magnésie pour reminéraliser le protoplasme ; ce n'est point que je considère l'acide phosphoglycérique comme capable de former des lécithines; l'acide phosphoglycérique est un produit de régression des lécithines et je l'emploie de préférence à un autre acide phosphoré capable de se combiner à la chaux et à la magnésie parce que l'économie est habituée à le supporter et parce qu'il se dédouble facilement et fournit ainsi l'acide phosphorique doué de qualités chimiques plus affinées. Nous emploierons donc les phosphoglycérates de chaux et de magnésie pour reminéraliser le protoplasme.

Comment administrerons-nous les phosphoglycérates de chaux et de magnésie ? Nous les administrerons par la voie sous cutanée ou par la voie stomacale. Nous les administrerons par la voie sous-cutanée chaque fois que nous nous trouverons en présence d'estomacs insuffisants ou rebelles pour quelque cause que ce soit; dans tous les autres cas nous les administrerons de préférence par la voie stomacale. Je veux tout de suite vous mettre en garde contre une erreur, j'allais dire une hérésie, fort répandue depuis Dujardin-Beaumetz ; la base, en combinaison avec l'acide phosphorique, importe peu, dit-on; l'acide phosphorique est introduit dans l'économie, c'est le point essentiel; grave erreur; les oxydes sont les bases de la vie et, je viens de vous le dire, la chaux et la magnésie sont les éléments de minéralisation du protoplasme ; administrez du phosphate de soude vous consommez la ruine du protoplasme loin de l'aider à se reconstituer, et cela par des réactions chimiques que je ne puis développer ici; le phosphate de soude a aussi sa part dans la reminéralisation humaine, mais cette part est limitée, restreinte, et le phosphate de soude ne saurait en aucun cas remplacer le phosphate de chaux pour la reminéralisation en général.

Je vous disais, il y a un moment, qu'il était un moyen fort simple de rendre la matière minérale absorbable et assimilable; je pensais alors au mélange de la matière minérale avec le sucre; je pensais aux granulés, aujourd'hui si répandus ; j'ai dit au mélange, c'est mieux que cela ; le sucre se combine avec la matière minérale et pour ce qui est des phosphoglycérates granulés, l'étude chimique que j'en ai commencée me permet de dire que c'est d'une combinaison chimique complexe qu'il s'agit et non point d'un simple mélange. Vous connaissez tous le rôle prépondérant que joue le carbone dans la production de la force chez les êtres vivants, or, en faisant absorber des phosphoglycérates granulés, vous donnez à vos malades une somme assez élevée d'hydrate de carbone ; vous donnez un puissant élément de force à votre malade tout en le reminéralisant;

Digitized by Google

c'est pourquoi vous préférerez autant que possible la voie stomacale à la voie sous-cutanée pour l'administration des phosphoglycérates, et vous les administrerez sous la forme granulée. J'emploie couramment des phosphoglycérates de chaux et de magnésie granulés à 6 0/0, ce qui veut dire que 100 grammes de granulé contiennent 6 grammes de phosphoglycérate de chaux ou de magnésie; ces glycéro-phosphates granulés sont solubles en toutes proportions dans l'eau à la température ambiante.

Si vous voulez bien retenir les formules suivantes, elles vous serviront, par analogie, pour la reminéralisation en général :

Homme déminéralisé :

Taille. . . . . 165 centimètres.

Poids anthropométrique . . . . . 65 kilogrammes.

Phosphoglycérate calcique granulé à 6 0/0. . . . . 0 gr. 193 par kilogr. corp.

Phosphoglycérate magnésien granulé à 6 0/0. . . . . 0 gr. 1133 par kilogr. corp.

en multipliant 0 gr. 193 par 65 nous obtenons 12 gr. 545 de phosphoglycérate de chaux granulé; en multipliant 0 gr. 1133 par 65 nous obtenons 7 gr. 36 de phosphoglycérate de magnésie granulé; vous prescrirez donc à votre malade un mélange de 12 gr. 54 de phosphoglycérate de chaux granulé et de 7 gr. 36 de phosphoglycérate de magnésie soit 19 gr. 90 de phosphoglycérates de chaux et de magnésie que votre malade devra absorber chaque jour; voici tous les termes de ce problème :

La moitié de la magnésie normale est par kilogr. corporel égale à . . . . . 0 gr. 0013
qui correspondent à. . . . . 0 gr. 0068
de phosphoglycérate de magnésie qui correspondent à. . . . . 0 gr. 1133
par kilogr. corporel de phosphoglycérate de magnésie granulé à 6 0/0 qui multiplié par 65 kilogrammes donne. . . . . 7 gr. 3645

La moitié de la chaux normale est par kilogramme corporel égale à 0gr. 00265
qui correspondent à. . . . . 0 gr. 0116
de phosphoglycérate de chaux, qui correspondent à. . . . . 0 gr. 193
par kilogr. corporel de phosphoglycérate de chaux granulé à 6 0/0 qui, multiplié par 65 kilogr., donne 12 gr. 545.

De sorte que du moment que vous connaîtrez le poids anthropométrique du malade par sa taille, et il serait dangereux de vous occuper de son poids réel, vous multiplierez 0 gr. 1133 par le poids, anthropométrique pour avoir la quantité de phosphoglycérate de magnésie à absorber chaque jour; vous multiplierez 0 gr. 193 par le poids anthropométrique pour avoir la quantité de phosphoglycérate de chaux qui, mélangé au phosphoglycérate de magnésie, sera absorbé chaque jour.

Quant à la reminéralisation par les injections hypodermiques, vous vous rappellerez que la quantité de chaux et de magnésie nécessaire correspond réciproquement par kilogr. corporel à 0 gr. 0116 et 0 gr. 0068 de phosphoglycérate de chaux et et de magnésie; or, 0 gr. 0116 de phosphoglycérate de chaux multipliés par le poids anthropométrique, soit 65 kilogs., dans l'exemple que nous avons choisi, nous donnent 0 gr. 754 de phosphoglycérate calcique ; 0 gr. 0068 de phosphoglycérate de magnésie multipliés par 65 kilogr. nous donnent 0 gr. 442 de phosphohlycérate de magnésie ; nous avons donc, au total, 1 gr. 196 de phosphoglycérate de chaux et de magnésie à injecter, chaque jour, sous la peau de notre malade. Nous sommes arrêtés ici par deux faits. Le premier fait c'est le peu de solubilité du phosphoglycérate de chaux dans l'eau froide ; l'eau froide en dissout de 6 à 7 0/0 ; et sa quasi insolubilité dans l'eau chaude, à 100°. Dans ces conditions, pour administrer la dose quotidienne de chaux et de magnésie que nous commande le poids anthropométrique de notre malade, nous serions obligés de lui injecter la dose massive et j'ajoute très douloureuse d'environ 24 cent. de solution. Le second fait, c'est la démonstration qui a été donnée par Albert Robin de la grande activité des phosphoglycérates terreux en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 25 c. *pro die*; en dehors d'autres considérations, sachant la puissance qu'acquiert la matière minérale en solutions très étendues, nous ne sommes pas surpris que les phosphoglycérates de chaux et de magnésie introduits directement dans la circulation produisent des effets de beaucoup supérieurs à ceux déterminés par leur absorption par la voie stomacale.

Nous injecterons donc à notre déminéralisé 0 gr. 25 c. de phosphoglycérate de chaux et de phosphoglycérate de magnésie, mais en tenant compte du rapport de la magnésie à la chaux, que nous avait fourni l'analyse moyenne de déminéralisation, soit 0 gr. 08 pour la magnésie, 0 gr. 17 pour la chaux, ou bien 0 gr. 0013 de magnésie par kilo corporel et de 0 gr. 00265 de chaux par kilo corporel qui correspondent à 0 gr. 0068 de phosphoglycérate de magnésie, à 0 gr. 0116 de phosphoglycérate de chaux dont le rapport est de 58,62 0/0. Nous aurons donc, comme facteurs invariables, en moyenne, pour nos injections hypodermiques : phosphoglycérate de chaux = 0 gr. 103; phosphoglycérate de magnésie = 0 gr. 146 ; 0 gr. 103 + 0 gr. 146 = 0 gr. 249. Nous ferons dissoudre les 0 gr. 103 de phosphoglycérate de chaux dans 2 cent. cubes d'eau distillée ; nous ferons

Digitized by Google

dissoudre les 0 gr. 146 de phosphoglycérate de magnésie dans 3 cent. cubes d'eau distillée ; nous stériliserons ; nous pasteuriserons plutôt les solutions afin de ménager la solubilité et la composition des phosphoglycérates ; vous injecterez sous la peau, chaque jour, séparément, et la solution de phosphoglycérate de chaux et la solution de phosphoglycérate de magnésie. Mon devoir est de vous prévenir que les injections sont douloureuses et qu'un certain nombre de malades les supportent avec peine ; elles sont très utiles lorsque l'état du malade oblige de faire vite.

Je vous ai décrit très sommairement l'un des moyens de reminéralisation que j'emploie chaque jour avec succès ; je serais très flatté si j'ai pu vous intéresser à la minéralogie biologique.

Formulaire du Praticien

Le Pyramidon et ses sels. — Ce médicament n'est pas inconnu de nos lecteurs, s'ils veulent bien se souvenir des quelques lignes que j'écrivais à ce sujet dans le *Journal des Praticiens* (*1901 n° 12*). Depuis cette époque, MM. Lyonnet et Lançon (*Lyon méd.*, *1901*, *n° 17*) nous ont montré les bons résultats que l'on peut retirer du camphorate de pyramidon dans la phtisie, et, tout récemment, M. Bertherand (*Bull. Thér. 30 août 1901*) revient à nouveau sur cette question. Voici les résultats obtenus par M. Bertherand. Le pyramidon, administré aux tuberculeux, augmente les sueurs, aussi semblait-il indiqué de lui associer un antisudoral. Le résultat a été obtenu en combinant au pyramidon de l'acide camphorique. Le *camphorate acide de pyramidon* ainsi obtenu à la dose de 0,30 à 0,60 centigr. par jour, en cachets, produit un abaissement durable de la température, avec diminution ou même disparition des sueurs. Il est donc antipyrétique et anhydrotique. Ce médicament est également utile dans les hyperthermies d'autre nature que la tuberculose, notamment au cours de la grippe et de la fièvre typhoïde. Dans ces cas, il abaisse la température et diminue la céphalée.

L'action analgésiante est également remarquable, M. Bertherand en a remarqué les heureux effets dans les névralgies diverses, l'angor pectoris, les douleurs du tabes, la migraine. Dans ces cas, le camphorate n'est pas supérieur au pyramidon.

Le salicylate de pyramidon ne paraît pas jusque maintenant un médicament héroïque, et dans les rhumatismes aigus ou subaigus, il est de beaucoup inférieur au salicylate de soude.

Le pyramidon est un médicament excitateur des échanges, de telle sorte qu'il ne faudra pas le donner aux diabétiques, phosphaturiques, azoturiques.

Tels sont les points principaux du travail très consciencieux de M. Bertherand, dont la lecture ne nous laisse qu'un regret, celui de constater l'omission dans les indications bibliographiques, de travaux antérieurs qui avaient émis des conclusions à peu près identiques. La thèse du Dr Legendre (*Paris 1897*) en particulier, nous paraissait devoir mériter les honneurs d'une citation, car les questions de solubilité, d'élimination, de réactions chimiques y sont suffisamment précisées, et on y trouve l'exposé des recherches expérimentales faites par M. Joanin dans le laboratoire du Pr Pouchet. — Dr Deguy.

Une nouvelle formule de l'huile grise. — M. Brousse (*Nouveau Montpellier médical*, 1er sept. 1901) rappelle que l'huile grise dont la formule est la suivante :

Mercure pur	20 grammes
Lanoline	5 —
Huile de vaseline stérilisée	35 —

présente de nombreux inconvénients. Outre qu'elle est quelquefois douloureuse et irritante, il est bien difficile de doser l'injection qui doit être de 1/10 de cent. cube. Aussi M. Brousse conseille la formule suivante :

Mercure pur	0 gr. 50
Lanoline	1 gramme
Huile de vaseline stérilisée	10 cc.

dont on injectera par semaine une seringue de Pravaz, c'est-à-dire 1 centimètre cube, représentant 0,05 centigr. de mercure métallique. — S. R.

Préparations de glycérophosphates. — M. Giuseppe Siboni préconise sous le nom de phosphol une préparation ayant la composition suivante :

Glycérophosphate neutre de chaux	ãã 0 gr. 05
— — de soude	
— — de potasse	
— — de fer	
— — de quinine	
— — de strychnine	0 — 0005
Lactate de chaux	0 — 10

M. Gueguen propose la formule suivante :

Glycérophosphate neutre de chaux	28 gr. 10
Acide tartrique cristalisé	9 — 25
Sulfate de soude	4 grammes
— potasse	2 —
— ferreux	4 gr. 60
— manganèse	2 — 80
Bisulfate de quinine	4 — 10
Sulfate de strychnine	0 — 0042
Sucre blanc	775 grammes
Eau distillée q. s. pour faire	1000 cc.

S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

L'arthritisme chez les enfants

M. Comby a déjà, dans ce journal (voir *Journal des Praticiens*, 9 février 1901), traité de cette question, et il décrivait trois symptômes très importants : la céphalalgie périodique, la fièvre arthritique et le vomissement cyclique. Revenant sur ce sujet, il a élargi le cadre de cette étude dans son rapport au Congrès de pediatrie de Nantes (septembre 1901) et nous croyons utile d'en donner un résumé pour compléter ce que nous savons déjà et pour insister sur la thérapeutique.

Les gros désordres de l'arthritisme (diabète, asthme, goutte, migraine, obésité, gravelle) sont connus de tous et il est superflu d'y insister, mais il n'en est pas de même des formes frustes, ébauchées, atypiques, obscures ou méconnues.

Habitus extérieur. — L'arthritisme infantile n'a pas un facies uniforme, une physionomie invariable. On peut distinguer au moins deux types : le type gras ou polysarcique, et le type maigre ou lymphatico-nerveux.

Le premier peut présenter deux variétés, suivant qu'il est associé à la pléthore ou à l'anémie ; chez certains enfants, les joues sont colorées, les muqueuses rouges ; chez d'autres, il y a de la pâleur et des souffles vasculaires ; la polysarcie, d'ailleurs, n'est pas forcément durable, elle peut disparaître avec l'âge.

Le second type est presque toujours accompagné d'anémie : pâleur de la peau et des muqueuses, bruit de diable dans les vaisseaux du cou, hypoglobulie.

Le développement corporel est généralement suffisant, parfois au-dessus de la moyenne. L'enfant arthritique est intelligent, quoique parfois mal équilibré. C'est un dégénéré supérieur, plus ou moins nerveux, suivant que l'arthritisme a été plus ou moins croisé de névropathie.

Lymphatisme et anémie. — On trouve souvent, dans la descendance des arthritiques, les attributs du tempérament lymphatique : peau blanche et fine, organes lymphoïdes engorgés et irritables, polyadénopathie. Les enfants arthritiques sont souvent anémiques, et cela dès le berceau, malgré une hygiène alimentaire irréprochable. Dans quelques cas, on peut observer l'*anémie périodique*, revenant tous les ans et durant plusieurs semaines. Plus tard, aux approches de la puberté, la chlorose s'observe fréquemment chez les filles d'arthritiques. Cette chlorose guérit bien, mais elle peut être remplacée par la migraine ou par une autre manifestation de la même famille. Dans l'anémie arthritique des nourrissons, comme dans la chlorose, on observe des souffles vasculaires (bruit de diable), et parfois aussi un souffle de la base du cœur.

Appareil circulatoire. — L'appareil circulatoire est très souvent touché par l'arthritisme : troubles vaso-moteurs émotifs (alternatives de rougeur et pâleur), modifications du pouls (tachycardie, arythmie), palpitations du cœur. Certains enfants, surtout les obèses, ont du ralentissement du pouls (bradycardie). Tandis que les filles d'arthritiques deviennent facilement chlorotiques dans l'adolescence, les enfants du sexe masculin présentent au même âge l'éréthisme cardiaque et les troubles qu'on a décrits sous le nom d'*hypertrophie cardiaque de croissance*. Les troubles fonctionnels sont très accusés : palpitations, douleurs, céphalalgie, dyspnée, lipothymies, syncopes. Mais, en réalité, il n'y a pas de lésion notable. Les souffles, qu'on peut entendre à la base du cœur ou à la pointe, sont inorganiques ou extracardiaques; c'est un cœur irritable, sans lésion durable.

Appareil respiratoire. — Les enfants arthritiques s'enrhument facilement et présentent fréquemment le coryza spasmodique et le hayfever, les épistaxis périodiques et à répétition, la laryngite striduleuse et les spasmes de la glotte, les fluxions soudaines du côté des bronches, l'asthme, la congestion pulmonaire à l'occasion d'un refroidissement, d'une grippe, d'un rhumatisme, etc. Chez eux, toutes les muqueuses des voies respiratoires sont d'une sensibilité exquise et d'une irritabilité extraordinaire.

Tube digestif. — Les troubles digestifs ne sont pas moins fréquents que les troubles respiratoires. A noter l'anorexie et les perversions de l'appétit : boulimie, parorexie, pica et malacia, les poussées de gastrite catarrhale et de gastro-entérite, la tendance à la constipation, les accès intermittents de fièvre de digestion, l'entérite muco-membraneuse avec sable intestinal. A ajouter les poussées congestives du foie, l'ictère, les hémorrhoïdes dans quelques cas.

Mais le syndrome le plus frappant est le vomissement périodique ou cyclique, qui se répète à des intervalles plus ou moins éloignés, et se caractérise par une intolérance absolue de l'estomac durant 3, 5, 8 jours ; la crise survient brutalement et se termine avec la même brusquerie. (Voir *Journal des Praticiens* 1901, n° 6).

Organes génito-urinaires. — Il y a très souvent, chez les enfants arthritiques, des modifications phy-

Digitized by Google

sico-chimiques de l'urine : acidité forte, densité élevée, azoturie, excès d'acide urique. L'urine peut renfermer du sucre, mais surtout de l'albumine. Cette albuminurie est intermittente, variable, orthostatique. Elle est généralement faible et se chiffre par centigrammes. Dans quelques cas, elle monte à un ou plusieurs grammes par litre.

Certains enfants ont de la polyurie ou de la pollakiurie, du spasme vésical, de la cystite, voire même de l'urétrite uricémique. Beaucoup ont de la lithiase rénale latente et on peut observer de véritables coliques néphrétiques. On doit signaler ensuite la lithiase vésicale, l'hydronéphrose, la pyélonéphrite, qui sont des complications des calculs du rein. Le rein mobile est relativement fréquent dans les familles arthritiques.

Chez les fillettes arthritiques, on rencontre parfois une vulvite tenace ou à répétition sans gonocoques. On observe chez elles aussi, au moment de la puberté, des troubles menstruels, de la dysménorrhée douloureuse, des ménorragies, etc.

Système nerveux. — Les enfants de souche arthritique sont nerveux, excitables, agités. Dès le berceau, ils sont remuants, criards, dorment mal, se pâment sans raison et sont susceptibles de tomber en convulsions. Plus tard, dans la seconde enfance, ils seront sujets aux terreurs nocturnes. La migraine est commune chez eux. Outre la migraine, ils présentent quelquefois des céphalées paroxystiques et intermittentes, survenant par crises plus ou moins éloignées et pouvant s'accompagner de neurasthénie.

Téguments. — La peau des enfants arthritiques est très irritable et les dermatoses sont fréquentes chez eux. On trouve d'abord l'hypéridrose localisée ou généralisée, l'urticaire et les érythèmes urticuriens, les œdèmes aigus de la face et des membres, le prurigo chronique et à répétition, la séborrhée et le pityriasis capitis, l'acné de la puberté, le psoriasis et surtout l'eczéma. L'eczéma des nourrissons arthritiques est tenace, récidivant, prurigineux, sec plus souvent que suintant, symétrique comme localisation. Il alterne parfois avec des crises asthmatiformes et peut céder la place à l'asthme vrai.

Appareil locomoteur. — En dehors du rhumatisme articulaire aigu franc, maladie infectieuse qui se rencontre à tous les âges, les enfants arthritiques peuvent présenter des manifestations articulaires subaiguës ou chroniques que je désigne sous le nom d'arthrites uricémiques. On peut observer des craquements articulaires, des raideurs et fausses ankyloses, des gonflements sans caractère inflammatoire (hydarthrose), des impotences fonctionnelles passagères (boiterie, torticolis), etc., qui sont sous la dépendance de la diathèse arthritique. On peut ajouter à ces arthrites des myalgies et ostéalgies réunies sous le nom de rhumatisme vague, de douleurs de croissance, etc. Toutes ces manifestations pseudo rhumatismales ou rhumatoïdes sont généralement apyrétiques. Elles se rapprochent plus de la goutte que du rhumatisme. D'ailleurs la goutte franche peut se rencontrer chez les enfants.

Fièvre arthritique. — Certains enfants de souche arthritique, sont atteints périodiquement d'accès fébriles rappelant la fièvre palustre. Les crises qui peuvent durer 5, 8, 15 jours, sont caractérisées par une fièvre très vive, intermittente, quotidienne, avec abattement, pâleur, amaigrissement, état général inquiétant. La crise terminée, l'enfant se rétablit vite, mais pour retomber au bout de 5 à 6 mois. La quinine n'a aucune action sur cette fièvre, qui est une sorte de goutte larvée, de manifestation fébrile uricémique. (Voir pour plus de détails, *Journal des Prat., loco cit.*)

Pathogénie. — Les troubles décrits plus haut sont d'origine dyscrasique, mais comment se produisent-ils ? On pourrait invoquer la dyspepsie, qui existe chez beaucoup de sujets. Mais les enfants arthritiques ne sont pas tous dyspeptiques, et les accidents qu'ils présentent seraient inexplicables sans l'hérédité. L'arthritisme héréditaire, transmissible des parents aux enfants, domine tous ces accidents et en fait des membres de la même famille. Cette notion de l'arthritisme a été acceptée, proclamée par de nombreux médecins français et acceptée par quelques médecins étrangers.

Comme agent toxique, on a incriminé l'acide urique et les urates, puis les corps alloxuriques (xanthine, hypo et paraxanthine, etc.). Le dernier mot n'est pas dit sur cette question de chimie biologique. Mais il nous semble évident que les paroxysmes de la diathèse arthritique, que nous avons essayé de dégager, dérivent d'une véritable auto-intoxication, dont la formule est à trouver. D'ailleurs, les bons effets de l'hygiène thérapeutique plaident en faveur de cette doctrine.

Prophylaxie et traitement. — La prophylaxie des manifestations multiples de l'arthritisme infantile doit s'inspirer des antécédents héréditaires relevés dans tous les cas et de la pathogénie.

Nous sommes en présence d'enfants sur lesquels pèse un héritage fâcheux. Faut-il attendre qu'ils aient présensé des accidents plus ou moins graves pour les soumettre à une hygiène prophylactique convenable? Assurément non, car notre devoir est de prévenir ces accidents, ou tout au moins d'en atténuer la violence, d'en restreindre les répétitions.

Pour atteindre ce but, nous devrons instituer avant tout une hygiène thérapeutique qui modifie favorablement la nutrition générale et la rapproche

Digitized by Google

du type normal et physiologique. Il s'agit de redresser un tempérament morbide résultant souvent de l'accumulation des tares de plusieurs générations; la tâche n'est pas aisée.

L'arthritisme dérive, pour une bonne part, d'infractions hygiéniques qui, par leur durée et leur répétition, ont fini par créer une diathèse transmissible des parents aux enfants. L'homme est à la fois un corps et un cerveau, un être physique et un être psychique étroitement unis et confondus dans la même individualité. Négligeant l'hygiène corporelle, la sobriété, la vie au grand air, les exercices musculaires qui devaient garantir la santé physique, il a surmené son cerveau tout en se livrant sans mesure à la sédentarité, à l'air confiné, à la suralimentation, aux fatigues de la vie mondaine, etc. C'était porter une grave atteinte à l'équilibre fonctionnel de ses organes et à leur nutrition.

Pour faire que les descendants remontent la pente fâcheuse où les a précipités la vie néfaste de leurs ancêtres, pour redresser le pli héréditaire dans la mesure du possible, il faut les ramener à la vie primitive et naturelle des laboureurs, des ruraux, des pasteurs.

L'enfant de souche arthritique sera autant que possible élevé comme un fils de paysan, au grand air, à la campagne, pour se livrer sans contrainte aux jeux du dehors, à la promenade, à la course, à tous les exercices physiques qui accélèrent la nutrition et assurent la combustion et l'élimination des matériaux usés de l'organisme.

Cette vie physique et animale, non contrariée par le surmenage intellectuel, par la sédentarité prolongée, par la réclusion dans une chambre viciée, favorise les mutations organiques et, par suite, prévient les auto-intoxications permanentes auxquelles sont exposés les uricémiques.

Il est rare qu'on puisse obtenir et qu'on doive exiger ce retour complet à la nature, sauf dans les premières années de la vie. Mais on doit se rapprocher le plus possible de cette hygiène idéale, et l'on doit assurer aux jeunes citadins, aux écoliers, aux collégiens, des vacances suffisamment longues pour combattre avec chance de succès les conséquences fâcheuses de la vie scolaire.

Les enfants, pendant les congés, iront se reposer à la campagne, à la mer, à la montagne, pour se livrer sans contrainte et sans préoccupations intellectuelles, aux ébats de leur âge et faire, dans les meilleures conditions, la *cure d'air* bienfaisante et réparatrice.

Il ne suffit pas d'assurer ainsi l'élimination des déchets et les dépenses organiques. Il faut encore établir les recettes et fixer avec précision le régime qui convient à cette catégorie de malades ou de prédisposés à la maladie.

L'alimentation joue un rôle capital dans la prophylaxie et le traitement de l'arthritisme. Elle doit être surveillée et réglée dès la naissance. On conseillera d'abord l'allaitement naturel exclusif et prolongé. L'enfant sera nourri au sein jusqu'à 18 mois ou 2 ans, ne prenant pas, avant 10 ou 12 mois, d'autres aliments que le lait. Pas de viande avant l'âge de 3 ans, pas de vin, ni autres boissons fermentées. Après 3 ans, on pourra donner les viandes blanches mais non les viandes noires (gibier de poil), ou rouges, la charcuterie, les mets faisandés, etc.

L'enfant sera surtout un végétarien et un buveur d'eau. Comme boisson, lait ou eau ; 3 repas par jour, composés de : pain et farineux, soupes et potages, œufs et laitages, légumes secs et légumes verts, pâtes alimentaires (nouilles, macaroni), poissons frais et viandes blanches, fruits cuits, etc. On prendra garde aux mets épicés, trop acides, trop sucrés.

Les fonctions intestinales seront surveillées de très près; on combattra la constipation par le régime des légumes et des fruits cuits, par le pain de Graham, le pain qui n'est pas le *pain de son*, mais le pain complet, avec mouture spéciale réduisant l'écorce du blé en particules extrêmement fines, le pain d'épices, les suppositoires glycérinés, les petits lavements de glycérine, le massage, etc. Ne pas négliger les fonctions de la peau : affusions froides et douches, bains tièdes, drap mouillé, frictions sèches et alcooliques, etc., etc.

Le régime conseillé pour la prophylaxie convient aussi à la cure de la maladie en évolution. A ce régime végétarien et hydrique, on ajoutera les remèdes qui atténuent les acidités organiques, qui activent la digestion, qui favorisent l'élimination des toxines, qui assurent la régularité des selles et la sécrétion des urines.

Les alcalins et dissolvants de l'acide urique se recommandent en première ligne: bicarbonate de soude, de potasse et de chaux, citrate de potasse, carbonate et benzoate de lithine, magnésie, etc. La noix vomique en poudre sera avantageusement associée aux poudres alcalines précédentes, comme apéritif et stimulant du péristaltisme, à la dose maxima de 1 centigramme par jour et par année d'âge, en ayant soin de suspendre pendant 5 à 10 jours, après 8, 10, 15 jours d'usage.

M. Comby se sert souvent des formules suivantes :

1° Bicarbonate de soude.....	0 gr. 15
Magnésie calcinée.....	0 — 20
Pepsine	0 — 10
Poudre de noix vomique.....	0 — 01

pour un paquet; n° 10 ; à prendre dans une cuillerée d'eau sucrée ou de lait, avant les deux principaux repas : suspendre pendant 5 jours avant de recommencer.

Digitized by Google

2° Citrate de potasse	} ãã	0 gr. 15
Bicarbonate de potasse	}	
Pancréatine		0 — 10
Poudre de noix vomique		0 — 01

pour un paquet n° 15, à prendre trois par jour, avant le repas, dans une cuillerée à café d'eau sucrée.

On peut prescrire la lithine (carbonate et benzoate) à la dose de 10 à 20 centig. par jour, pendant 8 à 10 jours.

Quand il y a prédominance d'acide urique, d'urates (sables urinaires), on peut employer la *pipérazine* ou l'*uricédine*.

Quand la diathèse s'est dévoilée par des paroxysmes plus ou moins intenses, il faut songer au traitement hydrominéral qui mérite d'être rangé parmi les modificateurs les plus puissants et les plus durables de la nutrition générale.

Pour le choix des stations, on s'inspirera des diverses localisations de la diathèse, de la prédominance de tels ou tels symptômes, de l'habitus extérieur des malades (type lymphatique, type nerveux, type polysarcique, etc.).

Les enfants sujets aux douleurs rhumatoïdes, aux arthrites uricémiques, aux craquements articulaires, seront envoyés aux eaux chlorurées sodiques chaudes telles que Bourbonne, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, ou aux boues de Dax, Saint-Amand, Préchacq.

Ceux qui ont des poussées intestinales, des flux diarrhéiques, des coliques, des douleurs de ventre, de l'entéro-colite, seront dirigés sur Plombières, Châtel-Guyon. Cette dernière station convient surtout aux constipés.

Les enfants obèses, polysarciques, seront envoyés à Brides, Châtel-Guyon, Miers.

Les albuminuries arthritiques sont favorablement traitées à St-Nectaire, à Ragatz.

La gravelle rénale et tous les désordres urinaires d'origine arthritique sont revendiqués par Contrexéville, Vittel, Martigny, Evian, Capvern.

Les arthritiques anémiques et lymphatiques feront une cure à la Bourboule, à Royat, à Saint-Gervais. Ils peuvent aller également à Salies, Salins, Briscous, etc.

Les arthritiques dyspeptiques trouverons du soulagement à Vichy, Pougues, Vals. De même ceux qui auront des poussées congestives au foie et des tendances à l'ictère catarrhal.

Les dermatoses arthritiques seront traitées à la Bourboule, à Uriage, à Luchon.

Les enfants excitables, nerveux, neurasthéniques peuvent être soignés à Divonne, Gérardmer, Bagnères-de-Bigorre, etc. Les fillettes chlorotiques et dysménorrhéiques iront à Luxeuil.

Les paroxysmes aigus et graves de la diathèse, tels que le vomissement périodique, la fièvre arthritique, etc., demandent le repos au lit pendant un temps assez long, On prescrira en même temps la diète hydrique. Si l'enfant ne tolère pas le lait, ni l'eau, on le soutiendra par de grands lavements d'eau bouillie et par les injections de sérum artificiel.

Les crises de céphalalgie, avec ou sans neurasthénie, commandent la suppression momentanée ou prolongée de la vie scolaire, c'est-à-dire le repos du cerveau, sans préjudice du traitement hygiénique.

En somme, c'est sur l'hygiène qu'il faut compter pour améliorer la nutrition des enfants arthritiques; hygiène de la digestion, de la peau, des muscles, des poumons, du cerveau. Des aliments choisis, en quantité convenable, sans excès, des repas réguliers, des boissons aqueuses, des bains, douches et pratiques hydrothérapiques, le massage, les exercices physiques et jeux de plein air, pas de surmenage intellectuel.

Telles sont les grandes lignes de l'hygiène thérapeutique qui convient aux jeunes arthritiques. S. R.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Taux de la mortalité générale d'après la statistique du ministère de l'intérieur de 1893 à 1898 (6 ans)

Par M. le Prof. P. Brouardel

J'ai pensé qu'il y aurait intérêt, pour contrôler la valeur de certaines assertions qui se sont transmises par la tradition aux générations médicales successives, d'étudier le taux de la mortalité générale en France. Ce travail permet de préciser certaines questions.

Il porte sur une période de six années (1893-1898); les fluctuations annuelles de la mortalité, très importantes dans les petites villes, sont ainsi atténuées, et le chiffre obtenu a une valeur que l'on peut considérer comme représentant le taux réel.

Il faut noter en effet que cette statistique n'est pas soumise aux mêmes causes d'erreur que celles qui portent sur la mortalité par telle ou telle maladie.

L'état civil en France est tenu avec soin, et le décès d'une personne est légalement inscrit. Il n'y a pas d'appréciation variable sur la dénomination de la maladie; le secret médical n'intervient pas. La mort est un fait brutal, il suffit de la constater. Le nombre des disparitions de personnes dont la mort ne peut être établie qu'après de longs délais est relativement très faible.

Le chiffre représentant les décès constatés par la statistique exprime donc la vérité avec une approximation très grande.

Le taux de la mortalité pour toutes les villes soumises à

Digitized by Google

la statistique de 1893-1898 donne le chiffre annuel de 21,9 p. 1.000 habitants.

La mortalité dans les grandes villes est-elle plus grande que dans les petites agglomérations?

Pour répondre à cette question j'ai divisé les villes en quatre groupes.

TAUX DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE ANNUELLE DANS LES VILLES (1893-1898)

Villes	Population	Décès	Proportion pour 1.000 hab.
Villes ayant plus de 50.000 habitants.....	6 128.919,1	134.914,9	22,0 *(a)*
Villes de 10.001 à 50.000 habitants.....	4.136.257,5	95.278,5	23,0
Villes de 5.001 à 10.000 habitants.....	2.667.810,2	52.752,7	19,8
Villes ayant moins de 5.000 habitants....	334.386,2	7 409,2	22,1
Totaux	13.267.373,6	200.355,3	21,9 *(b)*

Si on ne considère que le chiffre brutal, le taux de la mortalité varie peu dans les villes, quelle que soit leur population. Il oscille entre 19,8 et 23,0 p. 1.000. Si on prend l'ensemble des villes soumises à la statistique, on voit que sur 688 villes 344 ont une mortalité inférieure à 22 p. 1.000 et 344 ont une mortalité supérieure à ce chiffre.

Comme le groupe des villes ayant moins de 5.000 habitants ne comprend que 334.386 habitants, on pourrait espérer que la mortalité dans les petites localités est accidentellement représentée par un groupe de villes à mortalité élevée.

Or, la population totale de la France est de 38.219.000 habitants; la mortalité annuelle est de 850.000. En divisant ces chiffres par tiers on trouve que les villes ayant plus de 5.000 habitants représentent un peu plus de l'un de ces tiers — 12.932.987 habitants comptant 282.946 décès, soit 21,9 p. 1.000; les deux tiers de la population, sur lesquels nous n'avons pas de renseignements statistiques, comptent, pour une population double, 567.054 décès, ou, par tiers, 283.527 décès, chiffre à peu près identique, soit 22,4 p. 1.000.

On peut donc conclure que la mortalité dans les communes non soumises à la statistique est sensiblement égale à celle des villes les plus peuplées.

La vieille réputation de salubrité attribuée à l'air pur de la campagne semblerait donc peu justifiée. Formuler cette conclusion serait, à mon sens, aller bien au delà de la valeur que l'on peut donner à ces résultats. Il ne faut pas oublier, en effet, que le paysan français fait tout son possible pour annuler le bénéfice qu'il pourrait tirer de son séjour à la campagne. Il s'enferme, lui et sa famille, dans des maisons dans lesquelles l'air et la lumière ne pénètrent que difficilement. Les fenêtres sont étroites, s'ouvrent rarement. Le sol est en terre battue, souvent mal nivelé, il n'est pas rare d'y trouver des flaques d'eau stagnante. La propreté personnelle et celle du logis sont peu observées. Le paysan semble donc s'efforcer de réunir dans son logis toutes les causes de l'insalubrité; l'air de la campagne empêche qu'une telle organisation porte tous ses fruits, je l'admets volontiers, mais seul il ne suffit pas pour annihiler les dangers d'installations aussi malsaines.

***

Appréciation par les chiffres de la statistique du degré d'insalubrité d'une localité. — Le taux de la mortalité générale d'une ville ne donne qu'une indication. Pour en apprécier la valeur, il faut analyser chacun des résultats.

Il est des villes dont la mortalité est faible par son chiffre et qui en réalité en ont une beaucoup plus élevée.

Le relevé statistique pour Paris donne une mortalité de 20,1 p. 1.000. Ce chiffre est-il exact? Certainement non. Il ne faut pas oublier que Paris exporte un grand nombre de ses nourrissons, un grand nombre de ses vieillards dans des asiles suburbains, et même en dehors du département un grand nombre d'aliénés. En plus de cette exportation administrative, Paris exporte beaucoup de ses malades qui sont atteints d'affections chroniques. Ces transferts abaissent le taux de la mortalité de Paris et l'élèvent dans les localités où est hospitalisé le parisien, ainsi que dans les communes disséminées dans toute la France où vont mourir ses cancéreux et ses phtisiques.

La démonstration est facile à faire. Dans la liste des villes de 10.001 à 50 000 habitants, on trouve dans les 20 dont la mortalité est la plus élevée :

Nanterre.....	88 p. 1.000	dépôt de vieillards.
Le Kremlin	58 —	asile de vieillards.
Ivry	36 —	— —
Issy.....	30 —	— —

Dans la liste des villes qui comptent de 1.001 à 10.000 habitants on trouve dans les villes qui ont la plus forte mortalité :

Villejuif.....	87 p. 1.000	asile d'aliénés
Clermont (Oise) ...	64 —	— —
Saint-Maurice.....	32 —	asile de Charenton.

Nous reviendrons plus loin sur la mortalité dans les asiles d'aliénés.

Une autre circonstance modifie dans un sens très favorable la mortalité de certaines villes, surtout quand leur population civile ne dépasse pas 15.000 à 20.000 habitants, c'est la présence d'une population militaire un peu élevée. La mortalité de cette dernière est, excepté dans les cas d'épidémie, très inférieure à la mortalité civile ; aussi dans les villes où la garnison a une importance assez grande, relativement à la population communale, nous trouvons un taux de mortalité très faible.

(*a*) Si on retranche Paris de ce groupe la proportionnalité est de 23,7.

(*b*) Sur 688 villes, 344 ont une mortalité supérieure à 22 pour 1.000 et 344 une mortalité inférieure à 22 p. 1.000.

Digitized by Google

Belfort	17,9
Maubeuge	17,6
Verdun	16,3
Chaumont	16,2
La Fère	15,8
Auxonne	13,8
Mourmelon-le-Grand (Marne)	11,5
Ecrouves (Meurthe-et-Moselle)	2,7

Pour cette dernière ville dont les habitants devraient devenir bi-centenaires la population notée 7.737 est en réalité de 955; mais il y a une garnison de 6 782 hommes et, comme les décès sont en moyenne de 20,8 par an, on voit que cette agglomération de 1.000 habitants a en réalité un taux de mortalité générale à peu près conforme à la moyenne.

D'autres villes ont un chiffre de mortalité trop élevé. Ce sont en particulier celles qui reçoivent des phtisiques venant des grandes villes et de l'étranger. Ces colonies ne comptent pas dans le tableau du recensement, leurs morts chargent la colonne des décès. Il en est ainsi pour Nice, Cannes, Menton, etc.

Les ports ont parfois leur mortalité surélevée par les accidents locaux. Ainsi, en 1898, Cancale inscrit 20 personnes décédées en mer. Le chiffre de 26,2 p. 1.000 noté comme représentant la mortalité annuelle est donc surélevé.

L'enquête décèlera bien d'autres causes de mortalité expliquant les différences qui existent entre la mortalité des diverses agglomérations.

Mais parmi les facteurs dont il faut tenir compte pour apprécier la valeur du chiffre donné par la statistique, je tiens à noter la surcharge apportée aux villes qui ont des asiles d'aliénés par la mortalité de ces derniers.

Je n'ai pas les renseignements complets pour tous les asiles, mais pour 42 d'entre eux j'ai la population moyenne pour 1892-98 et la mortalité générale dans la statistique du ministère de l'intérieur. Or. pour 30.971 aliénés, il y a annuellement 3.473 décès, soit 112 p. 1.000. Plus du dixième des aliénés meurt chaque année.

Je n'oublie pas que ce sont des malades, que pour beaucoup d'entre eux l'affection évolue rapidement, mais quand on a visité un certain nombre d'asiles on se souvient que le séjour d'un grand nombre d'aliénés est très prolongé, que certains déments comptent plusieurs années de présence, qu'un très grand nombre obtient sa sortie.

D'autre part, la mortalité générale varie tellement suivant les asiles, qu'on ne peut se défendre d'un certain étonnement quand on trouve que la mortalité moyenne annuelle à l'asile de Bourges s'élève à 220,9 p 1 000 par an, à l'asile de Saint-Brieuc à 177,6, tandis qu'elle tombe à 58,1 à l'asile d'Albi, à 51,5 à celui de Niort.

Si on divise ces 42 asiles en 3 groupes de 14 on trouve :

	Aliénés	Décès	Prop. p. 1.000
	—	—	—
1er groupe....	11.661,3	1.696,4	145,5
2e — ...	9.334,0	990,6	106,1
3e — ...	9.975,8	786,6	78,8

Une enquête administrative s'impose pour rechercher les causes de ces variations. Certainement certains asiles reçoivent plus d'hommes que de femmes; d'autres se recrutent plus particulièrement dans des régions dont les populations sont les victimes de l'alcoolisme, etc. Mais d'autres fois aussi l'alimentation est mauvaise ou insuffisante; il se développe des épidémies de misère, de pseudo-pellagre, la contagion de la tuberculose y est insuffisamment combattue, etc.

Ces diverses conditions et d'autres encore doivent être l'objet de recherches précises. Si on ne peut pas citer un cas de séquestration arbitraire vraie, il ne faut pas qu'on puisse nous accuser de ne pas veiller avec une sollicitude suffisante sur la santé de ceux qui n'ont plus que l'Etat et ses fonctionnaires pour les protéger.

L'influence des asiles d'aliénés sur le taux de la mortalité des communes où ils sont installés se traduit par les chiffres suivants, dont les détails se trouvent dans les tableaux annexés.

TAUX DE LA MORTALITÉ ANNUELLE DANS LES VILLES OU SE TROUVENT DES ASILES D'ALIÉNÉS (1894-1898)

	Y compris la population et les décès des asiles	Non compris la population et les décès des asiles
	—	—
Villes de plus de 50.000 habitants	24,1	23,6
Villes ayant de 10.001 à 50.000 hab.	24,4	21,9
Villes ayant moins de 10.000 hab.	41,5	26,8

En résumé, chaque ville a ses causes de mortalité propres. Juger de la salubrité d'une ville par le taux moyen de sa mortalité serait s'exposer à l'erreur.

Un taux élevé justifie l'intervention de l'autorité, l'ouverture d'une enquête, et bien souvent il suffira de modifier administrativement des habitudes dangereuses pour obtenir des modifications heureuses dans la mortalité, qui frappe à peu près également les habitants des villes et des campagnes.

Suivant moi ces enquêtes devraient être faites par les conseils d'hygiène départementaux; ceux-ci renferment des hommes compétents, dévoués; si on fait appel à leur bonne volonté, je ne doute pas que dans la plupart des départements on arrive assez rapidement à connaître les causes de mortalité locales; il n'est pas douteux que, lorsqu'elles seront connues, les autorités ne fassent ce que la protection de la vie de leurs concitoyens leur impose comme le premier de leurs devoirs (1).

(1) Rapport au Comité consultatif d'hygiène.

Digitized by Google

FAITS CLINIQUES

Anévrysme de l'aorte s'ouvrant dans la veine cave supérieure

L'observation suivante de MM. Henschen et Westberg, tant au point de vue clinique qu'anatomique, nous a paru instructive et intéressante, et nous croyons bon de la publier, car à elle seule, elle résume à peu près la séméiologie de certaines variétés d'anévrysmes et leur rupture dans la veine cave.

Un malade de 56 ans, né d'une mère cardiaque ayant abusé de l'alcool, du café et du tabac, a une pneumonie droite à l'âge de 40 ans, deux ans après une grippe avec douleurs articulaires. Depuis cette époque, il s'essouffle, mais continue à travailler jusqu'à 54 ans. A ce moment, il ressent des douleurs dans l'épaule gauche, puis ensuite à droite. Deux mois avant sa mort, en mars 1899, les douleurs sont vives, irradiées de la pointe de l'omoplate droit en avant. Ces douleurs augmentent d'intensité, quand le malade est au repos, mais diminuent quand il travaille. Le malade dit que, depuis qu'il souffre du côté droit, il éprouve dans la partie supérieure du côté droit de la poitrine la sensation d'un liquide qui comprimerait les organes.

En mai 99, à l'occasion d'un coït, il a éprouvé brusquement une forte dyspnée et une douleur déchirante dans la poitrine. Au bout d'une minute, son visage devint cyanotique et gonflé. Ceci se montrait d'abord dans le côté droit du visage et du cou, pour se propager de suite à gauche. Peu de temps après la cyanose et l'œdème se propagèrent vers la partie supérieure du thorax jusque à une ligne horizontale passant un peu au-dessous des mamelons et aux deux bras. Le malade n'a pas perdu connaissance et il se rendait compte qu'il se formait des bosses dures et douloureuses sur le côté droit du cou et immédiatement sur le côté gauche. La respiration était très difficile et il avait des palpitations. Les jours suivants, il pouvait encore se lever. Puis, les symptômes s'aggravèrent, surtout la dyspnée. Il n'a pas eu d'épistaxies ni de vertiges, mais des vomissements. Il a la sensation que quelque chose dans la poitrine gêne la descente des aliments. On constate de la cyanose, très prononcée, presque noire, des œdèmes du cou, du visage, des paupières et de la partie supérieure du thorax. La muqueuse de la bouche est également cyanotique. Dans la fosse sus-claviculaire droite, on remarque des noyaux durs et douloureux du volume d'une noisette, formés manifestement par la veine jugulaire externe. A gauche, on remarque des formes toutes semblables, mais moins prononcées. Œdème et cyanose des bras. Les veines cutanées du thorax sont très distendues. Œdème dorsal, mais la cyanose y est moins marquée.

Les membres inférieurs ne sont pas du tout œdémateux, mais la verge l'est un peu. La température, à 38° le premier jour, retombe à la normale.

Le pouls est petit, dur; plus petit dans l'artère radiale droite que dans l'artère radiale gauche est à 104 et ne présente pas de retard. Pas d'albumine dans l'urine.

Aux poumons, les vibrations thoraciques sont augmentées à droite, en avant. A la percussion, on note de la matité au-dessous de la clavicule droite. La respiration est partout normale; il n'y a pas de râles.

L'examen du cœur ne révèle que les particularités suivantes : La matité s'étend à gauche jusque dans la ligne mamelonnaire. A droite, elle s'étend à 7 centimètres en dehors du bord droit du sternum. En haut, jusqu'au premier espace. En bas dans le cinquième espace.

Les bruits du cœur sont éloignés ; on constate un souffle systolique à la pointe et à la base.

Le 2e bruit est normal.

Le 1er bruit aortique est remplacé par un souffle intense qui s'entend dans l'aisselle droite et dans le dos, sur tout le poumon droit, surtout dans la fosse sus-épineuse.

Le 2e bruit aortique est pur et s'entend également dans le dos, à droite.

Le 1er bruit pulmonaire est remplacé par un souffle intense.

Le 2e bruit pulmonaire est pur, non accentué. A la tricuspide : 1er bruit avec souffle, 2e bruit pur, non accentué.

Sur les carotides, on entend un souffle systolique assez fort. Le 2e bruit est pur, mais très faible.

Dans les vaisseaux périphériques, dans l'artère radiale, on entend un bruit fort, mais sourd, synchrone avec le pouls.

Le ventre est ballonné. Pas de pulsations hépatiques; mais la matité du foie s'étend en bas à une distance de 2 à 3 travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic.

L'état du malade s'aggrave tous les jours. Le matin du 24, il pouvait pourtant encore se lever pour aller aux cabinets, mais il *meurt à 11 heures du matin*, brusquement — onze jours après le début de ses accidents.

Le diagnostic avait été: Anévrisme de l'aorte ascendante, s'étant rompu dans la veine cave supérieure; Thrombose de la veine cave supérieure.

A l'autopsie, on constate qu'à la place de l'aorte ascendante un anévrysme volumineux qui remplit la partie supérieure du sac péricardique et se continue dans le médiastin supérieur. Le tronc veineux brachio-céphalique droit est rempli d'une masse thrombosique, qui se continue dans les veines sous-clavière, axillaire, jugulaire externe et jusqu'à la première valvulve de la jugulaire interne. Pas de thrombose du tronc veineux brachio-céphalique gauche.

En enlevant les viscères de la cavité thoracique et du cou, on sectionne le collet d'un anévrysme du volume d'une noix, formé sur l'aorte thoracique et ayant creusé une excavation dans le corps de la 5e vertèbre thoracique.

Au cœur : le ventricule droit est très dilaté, rempli de caillots. Les valvules sont normales. L'aorte se dilate immédiatement après la sortie du ventricule gauche pour former un anévrysme sacciforme pénétrant dans la cavité péricardique à droite et suivant la direction du vaisseau à gauche.

Les dimensions de l'anévrysme sont de 13/9/6 et les gros troncs artériels naissent sur la poche.

La veine cave supérieure descend sur le milieu de la surface postérieure de l'anévrysme; elle est comprimée et adhérente à celui-ci. En ouvrant la veine, on voit que la face antérieure, adhérente à l'anévrysme, présente une ouverture qui la fait communiquer avec celui-ci. Cette ouverture a la forme d'une fente longitudinale, à bords déclinés, de la longueur de 1,5 c/m. L'ouverture est située au-dessus de l'embouchure de la veine azygos. La veine innominée droite s'ouvre juste en face de la rupture sur la face postérieure de la veine cave, de sorte que le courant artériel était dirigé contre la veine innominée droite.

La trachée, les bronches et l'œsophage ne semblent pas comprimés.

Digitized by Google

L'anévrysme ne contient pas de thrombose. En aval de l'anévrysme, l'aorte se resserre et forme un anneau pour se dilater ensuite d'une façon diffuse jusque vers l'aorte abdominale. Dans la paroi postérieure de cette dilatation diffuse, on voit l'ouverture du second petit anévrysme, mentionné plus haut. Son ouverture est grande comme une pièce de 50 centimes.

La tunique interne de toute l'aorte thoracique est rugueuse. Elle présente des épaississements de couleur opaque, jaunâtre; d'autres avec aspect gélatineux ou cicatriciel. Pas de calcifications.

Dans l'aorte abdominale, on voit ces mêmes altérations plus éparses, autour de l'ouverture des grosses bronches.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des myopathies atrophiques par le thymus. — Les myopathies atrophiques ont jusqu'à présent déjoué toute thérapeutique et bien mérité la qualification de progressive, qui leur a été attribuée. En 1883 Macalister obtint, dit-il, de bons résultats en faisant absorber du thymus de mouton à une jeune fille de 14 ans, atteinte de cette affection. D'après son opinion, qui fut relatée dans le *British médical Journal*, en 1883, l'affection étant rare après l'adolescence, on avait le droit de penser que la raison en revenait à l'absence prématurée de quelque secrétion interne qui exerçait probablement son action inhibitrice sur la formation des futurs éléments musculaires. Il incrimina le thymus dont le maximum d'activité coïncide avec les premières années de la vie. Un élément favorable à ses idées existait dans le fait que la myopathie qui débute dans le jeune âge a une évolution plus rapide et une terminaison fatale plus prompte que l'affection apparaissant entre sept et quatorze ans.

Cette expérience reprise par Pitres sur un sujet de 17 ans, n'a pas donné de résultats satisfaisants. Trois malades ont été traités de cette façon dans le service du professeur Bézy, à Toulouse. Le Dr Cullerc (thèse Toulouse, juillet 1901) rapporte leurs observations. Ce sont des enfants de huit ans, neuf ans et demi et dix ans. Le thymus de mouton a été donné à la dose quotidienne, d'un lobe d'abord, d'un thymus entier ensuite. Le traitement a été continué plus ou moins longtemps ; chez un des malades, il a été exactement suivi pendant dix-huit mois. Les résultats ont été nuls. Il semble donc que les espérances fondées ne doivent pas se réaliser.

BIBLIOGRAPHIE

Matière médicale zoologique *(Histoire des drogues d'origine animale)*, par H. Beauregard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, ancien assistant de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société de biologie. Revisé par M. Couttière, professeur agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie, avec préface de M. D'Arsonval, professeur au Collège de France, membre de l'Institut. Un volume chez Naud, éditeur.

Le livre de Beauregard, que nous présentons aujourd'hui au public, est le plus complet que l'on ait écrit sur la matière médicale zoologique. Les recherches qui ont rempli la vie de Beauregard ont porté en grande partie sur ce sujet, elles ont contribué beaucoup à en éclaircir les points contestés, et l'on trouvera dans ce livre la substance de tout ce que ses principaux travaux renferment d'essentiel. Nous signalerons particulièrement les chapitres ayant trait aux glandes odorantes des mammifères, aux cétacés et aux substances qu'ils fournissent, aux insectes vésicants, auxquels il a été donné un développement que l'on ne trouvera nulle part ailleurs, comme partie zoologique, pharmacognosique et commerciale.

Les figures accompagnant le texte de ces chapitres sont de même entièrement originales, et pour la plupart inédites.

Ce livre trouvera certainement auprès des étudiants et des naturalistes l'accueil qu'il mérite, par sa parfaite documentation, la conscience et la clarté avec lesquelles il est écrit.

Le travail des glandes digestives (Leçons du professeur J.-P. Pawlow, de Saint-Pétersbourg), traduction française par MM. V. Pachon et J. Sabrazès, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. chez Masson, éditeur.

Cette édition française comprend les leçons du professeur Pawlow à l'Institut de médecine expérimentale et à l'Ecole de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, qui parurent en russe en 1897 et en allemand (avec quelques additions) en 1898. Elle contient, en outre, toute une partie documentaire nouvelle qui fait le sujet d'une leçon entière, surajoutée.

Dans ses leçons, le professeur Pawlow s'est proposé d'exposer le résultat de ses recherches expérimentales sur le travail des glandes digestives, de fixer l'état actuel de la question tel qu'il paraît découler de ces études, de joindre enfin à l'exposition orale des démonstrations expérimentales immédiates. La matière de ces leçons résume les recherches de laboratoire poursuivies par le savant professeur russe et ses collaborateurs pendant ces dix dernières années. Toutes les expériences qui se rapportent au travail des glandes gastriques et du pancréas ont été maintes fois répétées, revisées, variées et élargies, si bien qu'elles ne sont plus restées de simples contributions d'études, mais sont devenues la base d'un corps de doctrine, qui repose sur ce fait, que toute la physiologie de la digestion est dominée par ce principe fondamental, à savoir, que le travail de chacun des divers organes dont elle dépend est mis en jeu par des excitants spécifiques, et qu'il résulte de là des phénomènes d'adaptation d'une finesse remarquable. Le médecin y trouvera, en particulier, tout le matériel actuel d'études de pathologie et de thérapeutique expérimentales de la digestion.

Ce travail, surtout physiologique, comprend 9 chapitres très intéressants et dont la thérapeutique physiologique et pathogénique saura retirer le plus grand profit. Aussi ce travail du professeur Pawlow doit être lu par tous ceux qu'intéresse la pathologie gastrique.

Considérations sur les études médicales, par le Dr Gabriel Brunello. 1901. 1 vol. in-8° de 140 pages. — Prix : 3 fr. chez Rousset, éditeur.

L'albuminurie et son traitement hydrologique. — Etude comparative, par le Dr E. Duhourcau, médecin aux eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées). — Lettre-préface et rapport de M. Albert Robin. 1 vol. chez O. Doin, éditeur.

Le massage thérapeutique de l'abdomen — sa technique — ses indications, par le Dr Salignat. 1 vol. chez Baillière. prix 2 francs.

Aide mémoire des maladies de l'intestin et du péritoine, par P. Lefert, 1 vol. chez Baillière.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie

par PAUL REMLINGER
Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople

L'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie est relativement fréquente. Nous en avons recueilli en quatre ans 6 observations. Il ne saurait y avoir là matière à surprise si on réfléchit aux nombreuses analogies cliniques, bactériologiques, étiologiques qui existent entre les deux affections. L'eau de boisson paraît jouer, dans leur genèse à l'une et à l'autre, le rôle principal et le microbe de la dysenterie appartient probablement au groupe coli, c'est-à-dire à la même famille que le bacille d'Eberth. Plusieurs cas peuvent se présenter. Tantôt c'est un dysentérique qui contracte une fièvre typhoïde (observations de Dutroubau, de Béranger Féraud). Plus fréquemment, la dysenterie apparaît pendant la convalescence d'une dothiénentérie (Kelsch et Kiener, Barbier et Herrenschmidt). Ces faits sont généralement peu intéressants au point de vue du diagnostic qui s'impose au premier coup d'œil. La dysenterie évolue seule tout d'abord et revêt une symptômatologie classique puis elle fait place à une fièvre typhoïde classique, également. Inversement, la dysenterie apparaît pendant la convalescence d'une dothiénenthérie alors que le processus typhique est déjà enrayé ou, plus fréquemment, elle constitue un phénomène tout à fait ultime et ne précède la mort que de quelques jours. Quelle que soit l'hypothèse envisagée les deux affections ne se modifient pas ou ne se modifient que peu l'une l'autre; elles sont juxtaposées plutôt qu'associées et, suivant la remarque de M. Kelsch, ces cas montrent seulement qu'il n'y a pas antagonisme entre les deux maladies. Une 3e classe de faits est beaucoup plus intéressante et mérite davantage de fixer l'attention. La fièvre typhoïde et la dysenterie peuvent débuter simultanément et évoluer en se modifiant réciproquement, de façon à se rendre l'une l'autre à peu près méconnaissable. C'est ce que M. Kelsch — adoptant une expression de Torti — appelle une « maladie proportionnée ».

Chez un de nos malades (1), l'affection débuta brusquement, sans cause connue par une diarrhée violente. Les selles étaient liquides verdâtres, sans sang, ni mucus. Au nombre d'une dizaine par jour, elles s'accompagnaient d'épreinte, de ténesme, de douleur le long du gros intestin En même temps, la température s'élevait à 39°. Malgré les purgatifs salins, cet état se maintint pendant plusieurs jours ; le malade vif, éveillé, avait aussi peu que possible le facies typhique. On n'aurait pas hésité à poser le diagnostic de dysenterie si la température ne dépassait 39°, alors qu'en général la dysenterie même grave est apyrétique. Un examen plus approfondi dénotait un léger état saburral de la langue, de l'anorexie, des vertiges dans la station debout et de la céphalée. Aucun autre symptôme. Pas d'épistaxis ; pas de taches rosées ; pas d'hypertrophie de la rate. Pouls entre 80 et 90. Bruits du cœur normaux. Pas de bronchite des bases. Le séro-diagnostic pratiqué au 10e jour de la maladie fournit un résultat très nettement positif (pouvoir agglutinant 1/80e) et force fut d'admettre la coexistence de la fièvre typhoïde et de la dysenterie. Les deux affections évoluèrent avec une grande bénignité. Au quinzième jour, la température commence à réaliser des oscillations descendantes et la normale fut atteinte le vingt et unième. Parallèlement, les selles diminuèrent de fréquence et cessèrent de s'accompagner d'épreintes et de ténesme. Elles perdirent leur teinte verte et devinrent liquides, jaunâtres, puis pâteuses, puis moulées. La convalescence fut très rapide. Les modifications que, dans cette observation, les deux affections se sont imprimées l'une à l'autre sont, on le voit, assez curieuses. La fièvre typhoïde fut caractérisée uniquement par une température élevée, de l'état saburral de la langue, de l'anorexie, quelques vertiges; un peu de douleur et de gargouillement dans la fosse iliaque droite Quant à la dysenterie, la principale modification qu'elle subit du fait de la dothiénentérie eut trait aux caractères physiques des selles qui se maintinrent verdâtres pendant toute la durée de la maladie et ne renfermèrent jamais traces de sang ni de mucus.

Au point de vue du pronostic, il s'attache une grave signification à l'association de la dysenterie et de la dothiénentérie. Colson a décrit à l'Ilet-la-Mère une épidémie où la fièvre typhoïde et la dysenterie contractées au même foyer infectieux étaient intimement combinées. Quatorze malades fournirent 7 cas de mort. Avec nos 6 observations de dysenterie compliquée de fièvre typhoïde, nous arrivons au même pourcentage (mortalité 50/100. Nous avons eu en effet 3 guérisons et 3 morts.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est ordinairement facile au cours des autopsies, de distinguer les lésions de la dysenterie et celles de la fièvre typhoïde. Les premières sont nettement cantonnées au gros intestin et les deuxièmes à l'intestin grêle. Les modifications que les deux maladies s'impriment

(1) L'observation et les 5 autres sur lesquelles s'appuie cette note ont été publiées *in extenso* dans la *Revue de médecine*, numéro du 10 mars 1901.

Digitized by Google

au point de vue clinique ne paraissent pas se poursuivre sur le terrain de l'anatomie pathologique.

L'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie doit enfin être envisagée au point de vue thérapeutique. Le repos au lit, la diète lactée, les purgatifs salins, le calomel, sont également indiqués dans les deux cas. Il semble que les purgatifs salins prudemment administrés doivent être préférés au naphtol, au salol, au salicylate de bismuth. Convient-il de recourir aux bains froids ? Il n'existe certainement à leur emploi aucune contre-indication. Si l'on est partisan de modifier la muqueuse dysentérique par des lavements de nitrate d'argent, de teinture d'iode, de permanganate de potasse, on peut également le faire sans inconvénient. Le sérum artificiel rendra dans l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie les services qu'il rend journellement dans chacune des deux affections prises séparément. Enfin les forces et le cœur seront soutenues par les toniques et les injections sous-cutanées de caféine ou d'huile camphrée.

ÉTUDE CLINIQUE

Une épidémie de fièvre typhoïde

Par le Dr Ch. Fiessinger
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Combien de temps une erreur met-elle à se faire accepter comme vérité ? Quand il s'agit d'épidémiologie, il ne faut pas de longs mois. La paresse d'esprit qui se refuse à changer d'opinion, l'amour-propre qui se regimbe et s'obstine plutôt que d'avouer, les intérêts divers en jeu, intérêts électoraux ou autres, autant d'obstacles qui arrêtent la lumière. Pour la faire pénétrer, il convient de s'armer de constance. Les injures et les calomnies auront toute chance d'accueillir votre effort. Il n'y a qu'à passer outre. En science, la vérité ne s'éteint pas sous le boisseau.

L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Saint-Claude depuis 1896 est fort curieuse à cet égard ; il s'agissait de reconnaître une erreur qui avait cours depuis le début. La chose ne s'est pas faite sans déchaînement de colères et sans grincements de dents.

Au vrai, la méprise à l'origine était excusable. L'épidémie coïncida dans les premiers mois avec des travaux de canalisation qui remuaient les terres de la ville ; tout naturellement un rapport de causalité fut établi. Les terres déblayées infectaient l'air ; c'est par l'air que pénétrait le germe morbide. La fièvre typhoïde fut donc attribuée à une influence tellurique. Une analyse d'eaux pratiquée peu après confirma cette première opinion. L'eau contenait peu de bactéries et fut déclarée excellente. Plus tard l'accumulation des malades dans certaines habitations vint à son tour appuyer la même proposition. Puisque les typhiques se groupaient les uns à côté des autres, force était d'admettre soit la contagion, soit une infection partant des habitations mêmes. Le raisonnement paraissait hors d'atteinte. Chacun l'ayant pesé s'endormit la conscience satisfaite. Et l'épidémie continua d'évoluer. Plus de 100 malades s'alitaient par an. On déclarait : la maladie est endémique. Le mot endémique produisit son effet. Aux yeux de quelques-uns, il passa pour une explication. L'habitude aidant, on finit par se résigner à la fièvre typhoïde comme à une nécessité et à une loi de la Nature.

Et pourtant, il n'y avait qu'à regarder autour de soi. De nouvelles constatations suivies de près suffirent bien vite pour dissiper l'erreur sur laquelle on vivait depuis tant d'années.

L'épidémie de juillet 1896 avait, il est vrai, coïncidé avec des travaux de canalisation de la ville ; mais elle avait aussi fait suite à des pluies abondantes, et chacun sait que celles-ci agissent en déterminant des infiltrations souterraines jusqu'aux eaux de consommation. Au mois de juin, il était tombé de l'eau à verse vingt-et-un jours sur trente. Ce détail avait passé inaperçu ; il se répéta les années suivantes, sans doute ; ce n'est toutefois qu'à partir de juin 1900 que la vérification en fut notée d'une manière attentive. Les pluies du commencement de juin, celles de fin août, de fin décembre, celles du commencement d'avril 1901, du milieu de juin, de fin juillet ont régulièrement donné le signal d'une recrudescence typhique, apparaissant de dix à vingt-cinq jours après la période pluviale, ce laps de temps figurant le terme habituel de l'incubation.

Si cette augmentation du nombre des malades après les pluies était de nature à forcer l'attention, l'analyse de l'eau elle-même, telle qu'elle avait été conçue, ne contribuait pas peu à jeter le doute dans l'esprit. Cette analyse en effet ne révéla aucune contamination au point de vue bacillaire, mais l'analyse chimique en isola de fortes traces d'ammoniaque. Or, comme le fit plus tard remarquer M. le Dr Chantemesse, une eau potable ne doit pas renfermer d'ammoniaque ; les conclusions assurant comme excellente une eau ainsi souillée, ces conclusions étaient prématurées ; les analyses eussent dû être reprises. Cette nécessité s'imposait d'autant plus que cette analyse où l'eau était déclarée bonne avait été précédée à quelques mois d'intervalle d'une autre analyse où l'eau avait été reconnue absolument mauvaise, infectée de myriades de microorganismes pathogènes. Comment se fit-il que de deux analyses signalées par des résultats

Digitized by Google

contraires, on ne voulut accepter que la seconde, celle où la bonne qualité de l'eau était affirmée ? On jugea qu'il avait dû y avoir méprise ; la première fois on se serait trompé ; au laboratoire, il y aurait eu confusion de flacons. Ceux qui ont passé par les laboratoires savent combien une erreur pareille est étrange.

De nouvelles analyses s'imposaient. Les eaux recueillies après les grosses pluies aux diverses fontaines de la ville, fournirent des microorganismes variés, des bactéries putrides en quantité, des coli-bacilles dans certains échantillons (1). Le bacille d'Eberth ne fut pas retrouvé, mais on sait combien sa recherche dans l'eau est délicate. Y figurât-il vingt fois, on n'est jamais sûr de l'isoler. Confirmées par le Dr Roux, à Lyon, et nos excellents confrères de l'armée, MM. les Drs Niclot et Draün, ces recherches démontraient tout d'abord les différences qui séparaient les qualités de l'eau en différente saison : en temps sec, 150 à 200 germes non pathogènes par centimètre cube, après les pluies, 4,000 à 5,000; en second lieu, germes putrides et coli-bacilles après les pluies et en quantité suffisante pour faire déclarer l'eau dangereuse pour la santé publique.

L'analyse bactériologique ne venait d'ailleurs que confirmer les données offertes par la clinique.

La ville de Saint-Claude est alimentée en grande partie par une source émergeant de la montagne, une masse rocheuse, calcaire, fissurée de crevasses, sise à quelques kilomètres de distance. Cette montagne est dominée par plusieurs villages répandus sur le sommet. La source qui en jaillit, source des Foules comme on l'appelle, ne pénètre pas dans tous les quartiers. Il en est au moins un qui reçoit de l'autre eau (eau des Etapes), le faubourg Marcel. Ou plutôt, car il faut être précis, le faubourg Marcel, au point de vue de la distribution des eaux, peut être divisé en trois parties : la première fournit une eau différente (source des Etapes) ; la seconde, par une fontaine centrale, distribue une eau mixte, résultant du mélange de l'eau des Foules et de l'eau des Etapes ; la troisième partie, qui est l'entrée du faubourg, est alimentée par l'eau des Foules pure. Or, j'ai soigné trois fièvres typhoïdes (1) à l'entrée du faubourg, dans la partie où coule l'eau des Foules. Le quartier central du faubourg, où arrive à la fois l'eau des Foules et des Etapes n'en a pas présenté. Cette particularité s'explique aisément. En temps ordinaire, la source des Etapes fournit la majeure partie de l'eau à la fontaine centrale ; ce n'est que par les temps secs et quand la source des Etapes tarit, que l'eau des Foules y coule en abondance. Or, par les temps secs, l'eau des Foules est bonne ; par moment, elle alimente tout le faubourg, mais c'est toujours quand la fontaine des Etapes ne donne pas, c'est-à-dire par la sécheresse, et conséquemment quand la contamination est absente.

Cette question de canalisation est très importante ; nous demandons pardon au lecteur de nous y arrêter. On objecte en effet que des quartiers recevant la même eau sont, les uns indemnes, les autres contaminés. Oui, mais cette eau ne jouit pas toujours d'attributs similaires : un jour elle est dangereuse, l'autre pas, et c'est quand elle n'est pas mauvaise, qu'elle parvient aux quartiers indemnes.

Le fait vrai, c'est le groupement des typhiques dans certains quartiers de prédilection ; cette préférence ne veut pas dire que les autres quartiers soient absolument préservés. Partout où coule l'eau des Foules, il s'est rencontré des typhiques ; les rues en pente (bas de la Poyat, rue Neuve) en ont toutefois présenté un bien moins grand nombre, sans que des conditions d'hygiène meilleures, un encombrement moindre ou une aération meilleure expliquent cet heureux résultat.

Pourquoi la fièvre typhoïde affecte-t-elle de préférence certaines rues ? Les habitations n'y sont pas plus malpropres qu'ailleurs; des logements très sains renfermèrent des victimes. Il est toutefois à remarquer que les quartier les plus éprouvés sont bâtis sur terrain plat et que le point le plus atteint est l'extrémité même de la canalisation. A la faveur du ralentissement du courant, s'opère-t-il une multiplication des espèces microbiennes dans la canalisation, ou bien cette canalisation est-elle défectueuse et laisse-t-elle pénétrer à travers ses parois des infiltrations délétères ? Sans recourir à cette double explication que rien ne démontre du reste comme erronnée, deux faits suffisants rendent compte de l'agglomération des typhiques, en certains districts : d'abord la contagion directe. La maladie est contagieuse. On ne prend pas seulement la fièvre typhoïde parce qu'on boit de l'eau contaminée, on la contracte aussi par la transmission directe du malade. Il est difficile de faire la part du tribut qui revient à la contagion ; les observations recueillies dans les villages semblent fixer un chiffre de 1/3 à 1/4 (1). Il resterait donc 2/3 à 3/4 à l'actif d'une autre cause et celle-ci est la contamination de l'eau.

A côté des effets de la contagion directe, il faut placer l'influence des fosses d'aisances où sont déversées les selles des typhiques. Il y a là une cause d'in-

(1) Le détail de ces analyses a été fourni dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine.

(1) Observations des malades figurant dans le mémoire adressé à l'Académie de médecine.

(1) *Médecine moderne.* Fiessinger. La contagion directe de la fièvre typhoïde, 10 avril 1901.

Digitized by Google

fection indéniable. Les émanations des latrines infectent la plupart des cours. Il semble surtout en pareil cas que la respiration d'odeurs fétides favorise le développement des germes pathogènes apportés par l'eau. En 1887, par exemple, la fièvre typhoïde règne dans la caserne de l'artillerie de marine à Lorient. MM. les Professeurs Brouardel et Chantemesse reconnaissent l'influence principale de l'eau potable; néanmoins, les déjections typhiques jouent leur rôle. Les soldats qui couchaient au-dessus des fosses d'aisances furent tous frappés (1).

L'action nocive de l'eau, des Foules démontrée par les recrudescences épidémiques après les grosses pluies, l'analyse bactériologique, et aussi l'immunité du quartier qui reçoit une eau différente, est confirmée par un certain nombre de faits particuliers.

Les femmes et enfants qui boivent plus d'eau que les hommes sont surtout atteints; ceux qui font usage de l'eau bouillie échappent communément (2); les faits contraires qu'on a opposés ne résistent pas à la critique. D'abord, il faut mettre à part les cas de contagion directe qui dégagent l'eau de toute action quelconque, et ensuite, alors mêmes que l'eau est en jeu, est-on toujours sûr que celle-ci ait suffisamment bouillie ou qu'on n'ait pas absorbé de l'eau non bouillie par mégarde, soit dans les soins de la toilette de la bouche, soit en usant de légumes verts ou de fruits lavés à l'eau de la pompe ?

Les personnes qui consomment de l'eau non bouillie offrent aisément prise. Telle cette dame de 65 ans, habitant l'avenue de la Gare à St-Claude et qui, de par l'âge devant échapper au mal, le contracte seule entre tous les membres de sa famille composée de personnes jeunes et qui restèrent indemnes. Seule, elle ne buvait pas d'eau bouillie.

Les étrangers qui viennent prendre un repas à St-Claude et y boivent de l'eau rapportent souvent la maladie chez eux. J'ai cité plusieurs exemples de cette propagation. En voici un nouveau qui fut le signal d'une épidémie locale.

Un ouvrier de Dortan (Ain) vient dîner à St-Claude le 9 juin. Il prend la fièvre typhoïde le 25 juin et répand ensuite la maladie aux coins les plus opposés du village. Une quinzaine d'habitants s'alitèrent, la contamination s'étant vraisemblablement opérée moyennant une infiltration à travers la canalisation du village. Le malade habitait en effet le haut de Dortan et les tuyaux des eaux passaient sous l'écurie de sa maison.

En juillet dernier, le Pr Chantemesse s'est rendu à St-Claude. Il n'a pas encore déposé son rapport (1).

Quoi qu'il en soit, la question ne semble faire aucun doute. L'épidémie de St-Claude est d'origine hydrique; les autres conditions invoquées pour en expliquer la durée (contagion directe, émanations des fosses d'aisances) n'occupent qu'un rang secondaire. S'il reste quelque matière à hésitation, c'est dans la détermination du point où s'opère la contamination. Est-ce à la source des Foules? Est-ce au niveau de la canalisation? Les analyses d'eau n'ayant d'abord pas été faites à la source, il est difficile de se prononcer. Depuis 1893, des fièvres typhoïdes ont été signalées sur un village qui domine la source (Lamoura). Une infiltration souterraine s'est-elle opérée de l'endroit infecté à quelques kilomètres de distance? La configuration du sol couvert de peu de terre et déchiré de crevasses donne du crédit à une pareille conjecture.

Sous peu, l'on sera fixé. Le résultat des analyses bactériologiques est attendu. Quel qu'en soit le résultat, il ne peut être de nature toutefois à infirmer la valeur prépondérante des données cliniques. Ne pas trouver le bacille d'Eberth dans l'eau ne veut pas dire que l'eau est indemne.

M. le Pr Chantemesse a du reste écrit à ce sujet « ce serait vouloir fermer les yeux à la vérité que de rejeter toute démonstration qui ne ne comprendrait pas la preuve bactériologique. »

(1) Une autre hypothèse peut encore être émise : la présence du germe typhique vivant en saprophyte dans l'intestin et réveillé par l'apport des germes putrides contenus dans l'eau. Il n'est pas prouvé toutefois que l'eau ne renferme pas le bacille d'Eberth. Tant que cette preuve ne sera pas faite, cette conjecture manque d'un appui suffisant.

(2) Des médecins ont opposé : tout le monde boit de l'eau, tout le monde ne prend pas la fièvre. Donc l'eau est hors de cause. L'objection est puérile. Et la question de terrain, cause prédisposante, la compte-t-on pour rien ?

(1) Ou plutôt ce rapport a été adressé au ministère et le maire de St-Claude n'en a, ce semble, pas encore eu connaissance. Quoi qu'il en soit, l'analyse des eaux aurait, paraît-il, fourni un résultat douteux, puisque M. le Pr Chantemesse m'écrit en date du 18 septembre : « Pour plus *d'impartialité* et de *certitude*, il conviendrait que les analyses, avant et après les pluies, fussent faites officiellement au laboratoire d'analyse des eaux du Comité consultatif d'hygiène de France ».

(2) Suite et fin : Voir *Journal des Praticiens*, n° 38.

THÉRAPEUTIQUE OTOLOGIQUE

Lavages et pansements secs dans le traitement de l'otorrhée simple (2)

Par Marcel Natier, *directeur de l'Institut de laryngologie et Orthophonie de Paris*

2° *Pansements secs.* — Les lavages n'étant pas toujours en mesure de procurer les résultats escomptés pour tarir les suppurations de l'oreille, et, plus encore, pouvant souvent déterminer une fausse sécurité capable de réserver de cruels mécomptes, il était tout naturel qu'on eût recours à d'autres procédés. C'est alors qu'on a songé à appliquer, dans le

Digitized by Google

conduit, des pansements secs. Ceux-ci peuvent être utilisés de deux façons différentes : soit sous forme de poudres destinées à tarir l'écoulement par absorption, soit sous forme de mèches ayant pour objet d'en assurer régulièrement le drainage.

Ce mode de traitement nous paraissant, à tous égards, être celui qui offre les plus grands avantages dans la thérapeutique de l'otorrhée il convient que nous lui accordions une description particulière.

Tout d'abord, et dans chaque cas de suppuration de l'oreille moyenne, quel que soit du reste le genre de traitement auquel on ait décidé de recourir, une première indication s'impose et à laquelle on ne saurait se soustraire sans s'exposer, parfois, à de graves inconvénients. Il faut, en effet, commencer par procéder à un examen minutieux du conduit et cela dans le but de se rendre un compte aussi exact que possible du point précis où siège la perforation du tympan à travers lequel le pus sort de la caisse pour venir faire issue au dehors. Pour arriver à ce résultat il est nécessaire, sous un éclairage approprié, de bien laver le conduit, de façon à le débarrasser de toutes les substances étrangères qu'il pourrait contenir. On le dessèche ensuite soit avec de l'ouate, soit avec de petites mèches de gaze aseptiques. Or, et le plus communément, on peut alors, en inspectant le tympan, apercevoir en un point de la surface, une perle de pus faisant hernie au niveau de la perforation d'ordinaire capillaire. Que si, consécutivement à la déformation du fond du conduit par abaissement de sa paroi supérieure, ou pour tout autre cause, le siège de cette perforation ne pouvait pas être découvert au premier abord, on y parviendrait encore quelquefois, en recommandant au malade de souffler les narines et la bouche tenues fermées, ou bien encore en pratiquant une insufflation de Politzer. Bien rares sont, en effet, les cas où il est absolument impossible de déceler l'orifice par lequel a lieu l'écoulement. Quoi qu'il en soit lorqu'on l'a trouvé, c'est au médecin de reconnaître si sa situation est telle qu'elle soit de nature à favoriser l'évacuation; car, s'il en était autrement, il faudrait soit agrandir la perforation, soit pratiquer une paracentèse de la membrane en un point suffisamment déclive pour assurer l'issue complète du pus de la caisse.

Ces précautions prises, et le libre écoulement ainsi garanti, d'aucuns se bornent à saupoudrer le fond du conduit avec une poudre antiseptique, les plus communément employées étant l'iodoforme, l'acide borique, ce dernier surtout. C'est une pratique que, pour notre compte, nous réprouvons pleinement, car elle est loin d'être exempte de tous dangers. Nous avons, en effet, jadis relaté le cas d'un confrère soigné de cette façon et chez lequel l'acide borique aspiré à travers la perforation, était venu former, dans la caisse, une série de calculs, relativement volumineux, que nous avions pu, avec une certaine difficulté, réussir à extraire. Il s'en était suivi des complications mastoïdiennes qui mirent sérieusement en danger les jours du malade et nécessitèrent une intervention radicale.

Le meilleur mode de pansement à notre avis, celui auquel dans tous les cas, nous avons fini par nous rallier exclusivement dans notre pratique personnelle, consiste à maintenir constamment dans le conduit, et aussi longtemps que dure la suppuration, une mèche de gaze antiseptique ou aseptique, destinée à assurer un drainage permanent. Voici, du reste, comment nous procédons ordinairement : tout d'abord, nous faisons à l'aide de lavages, une toilette très sérieuse du conduit utilisant, au besoin, les instillations d'eau oxygénée pour dissoudre les amas purulents qui pn'auraient pas cédé au lavage. S'il s'agit d'un écoulement tout récent, paraissant s'effectuer dans des conditions normales, nous appliquons alors le pansement après avoir bien desséché les parties. La secrétion purulente semble-t-elle, au contraire, traîner en longueur, nous pratiquons par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, des instillations d'eau oxygénée ; faisant alors une insufflation il n'est pas rare de voir une certaine quantité de pus projetée, en bouillonnant, de la caisse dans le conduit qui venait d'être entièrement nettoyé par le lavage.

Quoi qu'il en soit, et de toute façon, la caisse autant que possible et le conduit sûrement, ayant été débarrassés du pus qu'ils contenaient, le pansement est alors appliqué et cela de la manière suivante : nous taillons une mèche de gaze de la largeur du doigt et longue d'environ 15 centimètres que nous coupons transversalement en deux parties inégales : l'une de 10 centimètres et l'autre de 5. Au moyen d'une pince coudée nous introduisons d'abord la mèche la plus longue en ayant soin d'en bien porter l'extrémité profonde au contact même du tympan, pour que le pus soit directement absorbé à mesure qu'il sort de la caisse ; nous tassons légèrement et nous appliquons par-dessus, la mèche plus courte. Nous terminons en obturant le méat avec un tampon d'ouate hydrophile. Cette manière de procéder a sa raison d'être, car elle offre des avantages à la fois théoriques et pratiques. Théoriquement, en effet, l'infection de la caisse par l'intermédiaire du conduit se trouve ainsi prévenue et, au point de vue pratique, le drainage du pus se trouve assuré d'une façon constante. Il y a intérêt manifeste à ce que le drain reste en place et c'est pourquoi nous mettons deux mèches de gaze. L'expérience apprend en effet que sou-

Digitized by Google

vent les malades en retirant le petit tampon d'ouate pour le changer, entraînent, du même coup, la mèche de gaze rendue adhérente par la présence du pus desséché. Or, il n'en est plus de même s'il y a deux mèches : la plus externe pourra bien être enlevée, mais celle du fond sera maintenue en place, et, comme elle se trouve relativement assez éloignée du méat, elle aura toute chance de rester en position.

Faut-il renouveler fréquemment le pansement ? On ne saurait, à cet égard, établir de règle très précise et le médecin devra se guider sur l'abondance de la suppuration. La pratique nous a révélé, ce qui était à prévoir du reste, que la guérison était d'autant plus rapide que les soins ainsi accordés étaient plus régulièrement administrés. Et nous sommes entièrement convaincu qu'il est de la sorte possible, surtout si l'on intervient dès le début de la suppuration, d'en abréger la durée d'une dizaine sinon même d'une quinzaine de jours. Mais, là n'est pas le seul bénéfice, ce mode de traitement ne se bornant pas exclusivement à diminuer la longueur de l'écoulement. C'est qu'en effet, très souvent, il amène une sédation presque immédiate des douleurs et dans maintes circonstances, il n'est pas téméraire d'avancer qu'il pare, certainement, aux complications secondaires si dangereuses de l'otorrhée.

IV

Quelles sont les conséquences du traitement ? Ici même, il convient d'envisager les espèces, si on veut faire une réponse satisfaisante à pareille question. Le médecin, en effet, peut être consulté tout à fait au début de la suppuration, avant même qu'ait eu lieu la perforation spontanée du tympan, et ce sera alors lui-même, qui provoquera l'écoulement en dehors par une paracentèse de la membrane. Or, hâtons-nous de le dire, ce sont là les cas les plus favorables. En effet, si la suppuration est réellement limitée à la caisse, l'intervention aura pour premier résultat de diminuer la douleur parfois excessivement vive et, ensuite, comme la ponction aura été faite au lieu d'élection, le drainage sera assuré dans les meilleures conditions. En pareil cas, il n'est pas rare de voir l'otorrhée céder complètement déjà, au bout de cinq à six jours, surtout si le malade a consenti à se soumettre à des pansements quotidiens. S'agit-il de suppurations remontant déjà à quelques jours, au moment où le patient vient trouver le médecin, la durée en sera certainement plus longue, car elles pourront persister quinze jours, trois semaines et parfois même davantage, en particulier lorsque les pansements ne peuvent être effectués qu'à des intervalles assez éloignés. Enfin, on peut être consulté pour des otorrhées anciennes sans complications secondaires, tout au moins est-on autorisé à le supposer par la marche de la maladie ; dans ce cas, le traitement exigera une longue durée et des précautions particulièrement minutieuses, il sera alors difficile, sinon tout à fait impossible, d'en préciser la durée, même d'une façon approximative.

Néanmoins, et malgré toutes les précautions prises, en supposant le malade bien disposé et en mesure de se soumettre aussi fréquemment que possible, à un traitement régulièrement et intelligemment conduit, il pourra se présenter des cas où la perspicacité du médecin et son savoir seront soumis à de rudes épreuves et où il hésitera justement sur la détermination à prendre. Fort heureusement, les faits de ce genre constituent l'exception, mais, du moment où il convient de compter avec eux, dans la pratique, nous ne saurions les passer complètement sous silence. Nous entendons faire allusion ici à certains faits d'otorrhées, aiguës ou subaiguës, venant se greffer sur des états infectieux et susceptibles, à un moment donné, de revêtir un caractère tout à fait alarmant. Deux malades de ce genre, que nous avons eu à soigner dans le courant de l'année dernière, nous serviront d'exemples à l'appui de ce que nous avançons.

Le premier cas concerne un enfant âgé de 6 ans 1/2 qui nous fut adressé par le Dr *Marevéry*, dont il avait reçu les soins pour une rougeole assez grave. Le petit malade ayant, au cours de la convalescence, accusé des douleurs dans les deux oreilles, notre confrère avait aussitôt recommandé qu'on nous le conduisît pour un examen direct. Ce ne fut que quelques jours plus tard que les parents crurent devoir se rendre à l'invitation de leur médecin et alors que s'était accrue l'intensité des douleurs. Or, à ce moment, nous trouvâmes les deux tympans très bombés et distendus par du pus contenu dans les caisses. La mère, mise au courant de la situation et des conséquences qui pourraient s'ensuivre, se décida, séance tenante, à laisser pratiquer la paracentèse de chaque côté. Celle-ci eut exactement lieu le 12 juin, mais, comme l'enfant était très faible, il fut convenu, s'il ne se trouvait pas mieux, que nous irions, pendant quelques jours, le panser à domicile. Et c'est en effet, ce qui eut lieu, la mère étant venue, le lendemain matin, nous informer que la nuit avait été mauvaise avec fièvre et agitation. Le 14, loin de s'amender, les symptômes prenaient au contraire une tournure tout à fait alarmante, et le 15, en présence de leur gravité, nous sollicitions une consultation à laquelle prirent part M. le Prof. agrégé *Quénu*, le Dr *Marévéry* et nous-même. Il s'agissait de déterminer la conduite à tenir et de décider s'il y avait lieu de procéder, sans retard, à l'ouverture des apophyses mastoïdes à la fois douloureuses et saillantes, car le sillon rétro-articulaire

Digitized by Google

était à peu près effacé de chaque côté. Or, et surtout en considération de ce fait que, grâce au drainage soigneusement pratiqué, l'écoulement, particulièrement abondant, n'avait pas été un seul instant suspendu ; d'autre part, l'empâtement mastoïdien n'ayant pas été trouvé suffisant, l'intervention immédiate fut différée. Il fut convenu, en présence de l'imminence du danger, qu'on se tiendrait prêt à agir chirurgicalement, et, en attendant, qu'on continuerait, comme précédemment, l'application des pansements. Cette conduite se trouva pleinement justifiée par les faits, car, à partir de ce moment, l'amélioration fut sans cesse en s'accentuant, et, le 7 juillet, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ, toutes sortes de soins étaient suspendus, le petit patient étant reconnu entièrement guéri.

A quelques jours de là, le 17 juillet suivant, nous recevions la visite d'un second malade qu'accompagnait notre confrère, M. le sénateur *Bizarelli*. Le patient, un jeune et très distingué professeur de l'Université, était, à la suite d'un surmenage prolongé, allé prendre quelques jours de repos dans le midi de la France avant de revenir à Paris participer à un concours où il devait siéger comme juge. Peu de temps après son arrivée en province, en pays de montagnes, et par suite du refroidissement exagéré de la température, croyait-il, il lui arriva d'éprouver dans l'oreille droite, des douleurs vives qui bientôt furent suivies d'un écoulement profus. Les symptômes devinrent de plus en plus pénibles et les craintes s'augmentant du fait de l'éloignement de tout médecin capable de donner des soins éclairés, on précipita le retour à Paris. Quand il vint nous voir, le malade avait son oreille inondée de pus dont l'écoulement avait été jusque là combattu par de simples lavages. La lumière du conduit était complètement fermée par suite de l'œdème dont ses parois étaient le siège ; aussi, même après lavage, ne pouvait-on songer à apercevoir le tympan. L'état général était des plus défectueux, le patient ne pouvait guère reposer ni jour ni nuit et présentait une fièvre continue.

Dans ces conditions, le pronostic était plutôt sérieux et la plus grande prudence s'imposait dans le traitement qui devait être dirigé avec un soin tout particulier. Aussi le malade fut-il invité à venir, quotidiennement, faire renouveler son pansement ; bientôt même il dut se présenter deux fois par jour. C'est qu'en effet, d'une part la suppuration était si abondante, et d'un autre côté les dimensions du conduit tellement réduites, qu'à peine les mèches introduites y pouvaient-elles demeurer quelques heures. La situation restait sensiblement la même jusque vers la fin de juillet avec des exacerbations et des rémissions ; le patient se trouvant en général mieux chaque fois qu'il venait d'être pansé, mais ne jouissant que quelques heures de ce bien-être relatif. Dans le commencement d'août la mastoïde devint douloureuse et bientôt se manifestèrent de la tuméfaction avec rougeur et empâtement ; peu après le sillon rétro-auriculaire s'effaçait et il était évident qu'à brève échéance se poserait la question d'une intervention radicale. Le malade tenu au courant de nos préoccupations et acceptant à l'avance de se soumettre aux éventualités qui pourraient se produire nous manifesta le désir de nous voir causer de son état avec son médecin ordinaire, M. le Dr *Henri Martin*. Ce confrère, camarade d'enfance du patient et son conseiller médical, par conséquent très au courant de son histoire pathologique, vint s'en entretenir avec nous le 4 août. Il nous révéla l'existence, dans le passé et au cours de l'adolescence, de certaines manifestations diathésiques plutôt de nature à assombrir le pronostic de l'affection actuelle. Quant à la conduite à tenir à l'égard de cette dernière, il tomba absolument d'accord avec nous. Telle était la situation, assurément très critique, avec tendance à l'aggravation quand nous reçumes, le 6 août, la visite de notre éminent confrère, M. le Pr *A. Guye*, d'Amsterdam. L'occasion était trop favorable pour que nous pussions résister, un seul instant, à nous priver du concours de sa haute expérience en faveur de notre malade justement présent à ce moment. De l'examen qui fut fait et de la consultation qui s'ensuivit il fut reconnu que le cas était en effet grave : on décida de faire une large paracentèse du tympan, séance tenante, de débarrasser la caisse de son contenu purulent par des insufflations et de continuer les pansements comme précédemment. Notre confrère ne nous cacha pas ses appréhensions et admit lui aussi, l'éventualité, à peu près certaine, d'une opération radicale très prochaine. Or, et fort heureusement, la suite ne vint pas confirmer ces prévisions pessimistes. En effet, dès le lendemain de la consultation, les phénomènes s'amendèrent, la guérison fut sans cesse en progressant et, le 23 août, le malade suspendait tout traitement.

Ainsi, voilà deux faits où malgré tous les soins apportés à un traitement très régulier les malades se trouvèrent, à un moment donné, sous la menace de complications fort graves. Il convient cependant d'ajouter que, dans les deux cas, il fut possible d'éviter l'intervention radicale à laquelle on avait sérieusement songé. Dans quelle mesure la thérapeutique instituée a-t elle permis d'arriver à ce résultat ? Il est difficile de répondre exactemment à pareille question, de même qu'il est malaisé de dire ce qui aurait pu survenir au cas où on aurait procédé autrement. Cependant, et en considération de l'év -

Digitized by Google

lution de l'otorrhée chez chaque malade, nous ne pouvons que nous déclarer satisfait de la conduite tenue. Un autre enseignement se dégage de l'étude de ces deux observations : c'est qu'en pareille circonstance, et avant d'entreprendre une opération radicale, il est bon de peser sérieusement toutes les chances qui peuvent militer en faveur de l'abstention. Le premier souci du médecin doit être l'intérêt de son malade; aussi quand il aura des incertitudes ne devra-t-il pas hésiter à recourir aux lumières d'un confrère dont le concours pourra lui être précieux. Souvent, en effet, on décidera qu'on peut temporiser encore, là où une intervention immédiate avait été résolue : et, dans ce cas, on restera la main armée, prêt à agir mais aussi tout disposé, si le mieux survient, à poser le couteau, car, il ne faut pas l'oublier, s'il est bon de savoir opérer il est mieux encore de résister à la tentation de le faire quand il n'y a pas indication très nette. Or, et quoi qu'on ait pu dire ou écrire sur ce sujet, il est très délicat de déterminer le moment précis où doit être ouverte l'apophyse mastoïde. Les deux faits que nous avons signalés en sont, croyons-nous, des exemples suffisamment probants.

V

Conclusions. — De tout ce qui vient d'être dit, un certain nombre de points sont à retenir : 1° Les suppurations de l'oreille peuvent avoir pour siège soit par exception le conduit, soit, plus communément, la caisse; — 2° Quelle que soit la provenance de l'otorrhée, il est imprudent de l'abandonner à elle-même et de compter sur une guérison spontanée;— 3° Deux sortes de moyens sont généralement mis en pratique pour la combattre : *a)* les pansements humides et — *b)* les pansements secs. Les premiers pouvant être très infidèles mieux vaut leur préférer les seconds. Ceux-ci exigeant une certaine minutie dans leur application ne sauraient être confiés au malade lui-même on à son entourage ; plus encore, il sera bon que le médecin qui se chargera de pareil soin soit suffisament familiarisé avec cette pratique spéciale ; — 4° Dans le cas de complication du côté de l'apophyse mastoïde, on devra se tenir prêt à intervenir; mais, on évitera de se trop hâter, la guérison pouvant être obtenue par les moyens indiqués et sans qu'il soit nécessaire de recourir aux procédés sanglants.

NOUVEAUX REMÈDES

Aniodol. — Ce nouveau produit est un antiseptique, formé d'une solution de trimethanol. Une solution à 1 0/0 est bactéricide. Il semble convenir à la bonne stérilisation des instruments en l'étendant à 1 : 5000. (*Apoth.-Zeit.* 1900, p. 203).

Epicarine. — D'après Eichengrün ce produit est l'acide β-oxynaphthyl-a-oxy-m-toluylique, ayant pour formule :

$$C^6H^5 \left\langle \begin{array}{l} COOH \\ OH \\ CH^3 \end{array} \right. \qquad C^{10}H^6OH.$$

Il existe sous forme d'une poudre d'un jaune grisâtre, dépourvue d'odeur, quand elle est en petite quantité ; ou ayant une légère odeur piquante.

Employée, au début, pour le traitement de la gale du chien, l'épicarine est actuellement en usage chez l'homme, principalement dans la pratique dermatologique (Kaposi, Siebert, Kraus, Pfeiffenberger, Korbel et Rille). Utilisée surtout dans le traitement de la gale, elle s'est cependant montrée utile aussi dans le prurigo, l'herpès tonsurant et les formes légères de l'herpès squameux. Ses avantages consistent non seulement en ce qu'elle n'est pas toxique, que son emploi n'est nullement répugnant, mais encore, et surtout, parce que, dès la première application, elle fait entièrement disparaître les démangeaisons. Tandis que Kaposi et d'autres médecins se servent avec les meilleurs résultats, spécialement dans le traitement de la gale, d'une pommade d'épicarine à 10 0/0. Korpel l'a accusée de produire de l'eczéma.

I.	Epicarine	5,0 à 7,0
	Craie blanche	2,0
	Vaseline blanche	30,0
	Lanoline	15,0
	Axonge	45,0

En pommade (contre la gale).

II.	Epicarine	10,0
	Huile de foie de morue	5,0
	Vaseline jaune	95,0

En pommade (dans le prurigo eczémateux).

III.	Epicarine	10,0
	Ether sulfur. } àà	40.0
	Alcool rectifié }	
	Glycérine	5,0

En attouchements légers (contre les démangeaisons).

IV.	Epicarine	15,0
	Savon vert	200,0
	Oxyde de zinc	10,0

Pour frictions (dans l'herpès tonsurant).

V.	Epicarine	15,0
	Fleur de soufre	5,0
	Pommade d'oxyde de zinc de Wilson	100,0
	Essence de fleur d'oranger	1 goutte

En pommade (dans l'eczéma squameux).

(D'après la *Belg. méd.*)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes

Il faut comprendre sous le nom de *dystocie par fibromes*, tous les cas de grossesses dans lesquels la présence de tumeurs fibreuses occasionne, soit directement, soit indirectement, des difficultés ou des obstacles au travail de l'accouchement et à l'expulsion du fœtus.

Tous les chirurgiens et accoucheurs savent aujourd'hui que si, très souvent, la présence des fibromes utérins, n'amène aucun trouble, ni dans l'évolution de la grossesse, ni dans le travail obstétrical, il existe cependant un assez grand nombre de cas où ces tumeurs peuvent faire naître, pendant la grossesse, des accidents de gravité variable, susceptibles, soit d'en interrompre le cours, soit de nécessiter des interventions chirurgicales.

Plusieurs de ces accidents amènent assez souvent le chirurgien à prendre telle ou telle détermination grave, à intervenir de manière non seulement à interrompre la grossesse, mais aussi à extirper l'organe tout entier.

Avant d'aborder l'étude de ces interventions chirurgicales, plusieurs questions doivent être examinées. En premier lieu, il convient de rechercher si tous les fibromes peuvent être dystociques, quels sont ceux d'entre eux qui sont plus spécialement susceptibles de le devenir.

Les fibromes utérins sont capables d'occasionner la dystocie par plusieurs mécanismes.

1° Ils peuvent souvent produire des déformations très variables de la cavité utérine qui entraîneront des irrégularités de l'accommodation fœtale et par suite des positions vicieuses du fœtus; il existera alors une *dystocie d'origine fœtale.*

2° Les fibromes peuvent aussi gêner la contraction utérine et produire, par leur présence, des modifications dans le rhythme, la forme, et l'intensité de ces contractions : c'est la *dystocie d'origine utérine.*

3° Dans un dernier groupe de cas, les fibromes, par leur siège, par leur situation, par leur nombre, causent un rétrécissement marqué de la filière génitale, un obstacle mécanique au passage du fœtus. C'est là la véritable *dystocie fibreuse*, celle dans laquelle seront indiquées les *interventions chirurgicales*, les formes précédentes étant moins graves et *ordinairement justiciables* des interventions obstétricales.

I. De la conduite a tenir dans les cas de dystocie par fibromes. — La conduite à tenir dans les cas de dystocie par fibromes varie non seulement suivant la nature exacte de cette dystocie, mais aussi suivant le degré de l'obstacle apporté par les fibromes au passage du fœtus.

Dans la plupart des cas de dystocies d'origine fœtale ou utérine, l'obstacle peut être plus ou moins facilement surmonté, à l'aide des moyens obstétricaux, dont les principaux sont : la dilatation manuelle ou à l'aide de ballons, le forceps, la version, et enfin la basiotripsie et l'embryotomie, applicables exclusivement quand l'enfant a cessé de vivre.

Il peut arriver cependant que les dystocies par position vicieuse du fœtus ou par défaut de contractilité utérine, puissent coïncider avec une dystocie fibreuse véritable, c'est-à-dire avec un fibrome qui non seulement a produit une mauvaise présentation et une inerte utérine, mais cause aussi par sa position un obstacle véritable à la sortie du fœtus. Dans ce cas, il n'y a à tenir lieu que de la dystocie fibreuse, qui seule peut être la source d'indications chirurgicales, analogues à celles qui seront examinées plus loin.

Dans la dystocie fibreuse proprement dite, deux groupes de faits doivent aussi être distingués :

A — Dans le premier, les masses myomateuses, quels que soient leur siège, leur mobilité ou leur consistance, ne forment qu'un obstacle incomplet, suffisant pour gêner le travail de l'accouchement et l'empêcher parfois de se terminer d'une manière spontanée, mais ne constituant pas une impossibilité absolue de la délivrance par les voies naturelles Ce sont les cas que Turner a rangés dans les *rétrécissements légers* et *rétrécissements moyens,* de beaucoup les plus nombreux, dans lesquels souvent l'accouchement, considéré d'abord comme improbable, se termine plus ou moins facilement grâce aux modifications de la tumeur.

Lorsque, dans cette catégorie de faits, l'accouchement spontané demeure impossible, et que, par suite de la lenteur du travail, ou par des accidents qui surviennent (rupture prématurée des membranes, chute du cordon, etc.), la vie de l'enfant ou celle de la mère paraissent en danger, il devient indiqué d'intervenir. Mais ici encore, dans le plus grand nombre des cas, l'accouchement peut être terminé à l'aide des opérations obstétricales : le refoulement de la tumeur, la dilatation artificielle (manuelle ou par ballon), le forceps et la version, dont les accoucheurs ont si souvent discuté les indications réciproques et la valeur comparée, et enfin la basiotripsie et l'embryotomie qui ne doivent être employées que dans les cas de mort de l'enfant.

En présence des progrès faits dans ces dernières années par la chirurgie abdominale, les indications de certaines de ces interventions et en particulier celles du forceps et de la version, ont perdu tout le terrain qu'ont gagné dans les dystocies fibreuses les opérations chirurgicales. Le forceps et la version doivent être ici des procédés de dou-

Digitized by Google

ceur, ils doivent être rejetés, quand ils ne peuvent être employés qu'en exerçant des tractions et des compressions susceptibles de devenir nuisibles pour le fœtus, ou d'amener des dégâts maternels importants. Dans ces cas dangereux, ces moyens doivent être abandonnés, et on doit avoir recours à une intervention chirurgicale par voie abdominale.

B. — Dans le second groupe de cas il faut comprendre, en outre de ceux que viennent d'être d'indiqués, dans lesquels les opérations obstétricales encore possibles, risquent de devenir dangereuses ou nuisibles, tous les *rétrécissements accentués*.

Il faut entendre sous ce nom, les cas dans lesquels l'obstruction pelvienne est complète, où l'on se trouve en présence de fibromes qui, par leur siège ordinairement pelvien, leur immobilité plus ou moins absolue, leur consistance dure sans tendance au ramollissement, forment un obstacle absolu, total, et où l'accouchement paraît impossible, même au prix d'une intervention obstétricale périlleuse. Dans cette catégories de faits, la dystocie une fois bien établie, il est indiqué de s'adresser d'emblée aux opérations chirurgicales.

Mais, avant d'entreprendre l'étude de ces diverses interventions, une question préliminaire doit être résolue. Quand faut-il intervenir ? Quel est le moment le plus favorable pour l'intervention ?

La dystocie fibreuse ne pouvant être sûrement diagnostiquée que tout à fait au terme de la grossesse, souvent même seulement pendant le travail, il est bien certain que l'intervention chirurgicale qui doit la combattre ne peut avoir lieu qu'à cette époque.

Mais, même à ce moment, les opinions peuvent différer. Les uns parmi lesquels il faut compter Pozzi, Labadie Lagrave et Legueu, Vautrin et Schull, Turner, etc., préfèrent opérer tout à fait au dernier moment de la grossesse, le plus près possible du terme (Lepage, 1900), mais avant le début du travail.

On peut seulement objecter à cette méthode que le chirurgien se prive, de parti pris, de la chance des modifications ultimes de la tumeur pendant le travail, et qu'il risque de faire parfois une opération grave dans des cas où elle aurait pu être inutile.

D'autres, au contraire, préfèrent attendre pour intervenir, que le travail soit commencé et qu'il soit bien prouvé que l'accouchement reste impossible.

Ces deux méthodes ont chacune leurs indications : L'action chirurgicale avant le début du travail peut parfaitement être acceptée comme plus favorable dans les cas, très rares du reste, où le diagnostic de la dystocie pourra être fait d'une manière sûre vers la fin de la grossesse.

Mais, dans tous les autres cas, toutes les fois qu'il y a une chance quelconque de voir se modifier l'élément dystocique au cours du travail, et par suite, se transformer les indications de l'intervention, il y a lieu d'attendre pour opérer, que le travail soit commencé.

II Des opérations chirurgicales dans les dystocies fibreuses. — Les interventions chirurgicales dans les cas de dystocie fibreuse sont variables suivant la nature et surtout le siège des néoplasmes. Pour les étudier, il est commode de diviser à l'imitation de Pozzi les fibromes en deux grandes classes. A. *Tumeur à évolution vaginale*; B. *Tumeurs à évolution pelvi-abdominale*. Dans le premier cas, en effet, le siège même du fibrome dans le vagin commandera le plus souvent une intervention par la voie vaginale; dans le second, au contraire, il s'agira d'opérations par voie abdominale.

A — *Fibromes à évolution vaginale*. — Les fibromes à évolution vaginale, sont tantôt des fibromes nés dans le col, tantôt au contraire des polypes fibreux ayant franchi l'orifice cervical et devenus vaginaux.

Le plus souvent, les tumeurs vaginales sont vues et enlevées au cours de la grossesse, à titre pour ainsi dire préventif, car on sait que pendant les derniers mois de la gestation elles prennent un très grand volume et peuvent facilement devenir une cause de dystocie.

Quand pour une raison ou pour une autre elles sont devenues dystociques, il sera indiqué d'en pratiquer l'ablation pour faciliter l'accouchement. Dans le plus grand nombre des cas, si ce fibrome vaginal, qu'il s'agisse d'un polype ou d'un néoplasme cervical, reste volumineux, consistant, sans tendance au ramollissement, on pourra l'enlever avant le début du travail, car son ablation constitue une opération ordinairement sans dangers et sans accidents.

La méthode opératoire sera légèrement différente s'il est pédiculé, sessile ou interstitiel. Dans le premier cas, il s'agira simplement de sectionner le pédicule avec des ciseaux ou un bistouri boutonné. On agira encore en coupant la base d'implantation au bistouri si la tumeur est sessile. Dans les cas de fibrome interstitiel du col, il sera nécessaire d'inciser la capsule au bistouri et de pratiquer une véritable énucléation qui, d'ailleurs, d'après Chabbazian est très simple et ne s'accompagne pas d'hémorragies.

Plusieurs fois chez les femmes ainsi opérées, l'accouchement s'est fait spontanément après l'extraction de la tumeur; d'autres fois il a été nécessaire de recourir à une opération obstétricale, forceps ou version.

Quand il s'agit d'une dystocie produite par un polype fibreux devenu vaginal, il sera nécessaire aussi d'en pratiquer l'extirpation pour faciliter l'accouchement.

B. — *Fibrome à évolution pelvi abdominale*. — Lorsque le chirurgien ou l'accoucheur se trouvent en présence de tumeurs fibreuses dystociques, à siège pelvien ou abdominal, les opérations chirurgicales auxquelles ils peuvent être appelés à avoir recours, se pratiquent toutes par la voie abdominale et, par conséquent, sont plus sérieuses que les interventions précédentes.

Ces opérations sont multiples, et il paraît tout naturel de rechercher ici les indications de toutes celles qui ont été depuis ces dernières années employées si souvent avec succès dans le traitement chirurgical des accidents sur-

Digitized by Google

venus au cours de la grossesse chez des femmes myomateuses.

Ces opérations sont : la myomectomie, l'opération césarienne conservatrice simple, ou suivie d'actes complémentaires ; les césariennes avec amputation utéro-ovarique ou opération de Porro, et l'hystérectomie abdominale totale. Il est nécessaire d'y ajouter la symphyséotomie qui a donné quelques cas de succès.

Myomectomie. — La myomectomie abdominale a été souvent employée avec profit au cours des accidents gravidiques. Turner a pu en réunir, dans sa thèse, 77 cas observés de 1874 à 1900. Il s'agit tantôt de l'extirpation de myomes pédiculés sous-séreux, tantôt de fibromes interstitiels dont on a pratiqué l'énucléation.

Symphyséotomie. — L'idée d'employer la symphyséotomie pour vaincre certaines dystocies par fibromes n'est pas nouvelle. Velpeau en admettait l'emploi, que ce rétrécissement « dépende de la barrure d'un exostose ou d'une tumeur solide quelconque placée latéralement. »

Bouchacourt croyait aussi pouvoir indiquer cette opération dans les rétrécissements causés par des tumeurs irréductibles et non déplaçables situées dans l'excavation,

Malgré ces opinions et malgré la faveur actuelle de la symphyséotomie depuis sa renaissance, elle a été rarement appliquée à la dystocie fibromateuse.

La symphyséotomie doit être rejetée dans les cas de *dystocie fibreuse*, pour les raisons suivantes :

1° Elle ne peut que dilater la ceinture osseuse, alors que l'obstacle siège dans le canal cervico-utérin, autant par rétrécissement de ce canal que par obstruction.

2° La symphyséotomie peut faciliter l'engagement de la tumeur au-devant de la tête fœtale, ce qui rend difficile ou impossible l'application du forceps.

3° On ne peut pas en présence de tumeurs fibreuses calculer exactement, d'après une manière approximative, le rétrécissement pelvien.

4° En employant la symphyséotomie, en admettant même qu'elle réussisse à triompher de l'obstacle, on laisse en place la tumeur fibreuse, et la malade perd le bénéfice d'une opération radicale et curative.

Opération césarienne conservatrice. — On désigne sous le nom d'opération césarienne conservatrice, l'hystérotomie simple, dans laquelle on se borne à inciser la paroi utérine pour en extraire le fœtus, tout en conservant cet utérus.

Cette opération qui a longtemps constitué la seule ressource chirurgicale en face de la dystocie fibreuse, et qui, au premier abord, paraît devoir être d'une exécution simple et rapide, a donné pendant une très longue période, des résultats déplorables.

La période contemporaine, paraît fournir des résultats beaucoup plus satisfaisants.

A l'heure actuelle, l'opération césarienne simple donne encore une mortalité de 8 0[0.

Il existe un certain nombre de cas où le chirurgien peut et doit se borner à pratiquerune opération césarienne conservatrice. C'est lorsqu'il se trouve en face d'une femme déjà très affaiblie, soit par la longueur du travail, soit par une maladie antérieure (accident cardiaque, albuminurie, etc.) chez laquelle il sera nécessaire de pratiquer une opération simple et rapide

Certains auteurs acceptent aussi cette intervention chez les malades voisines de la ménopause à cause de la régression possible de la tumeur.

L'avantage invoqué par quelques-uns de laisser par la césarienne simple, l'espoir de nouvelles grossesses, constitue le plus souvent un danger, à cause des nombreux accidents gravidiques ou dystociques que peut engendrer une nouvelle gestation. Cependant, dans des cas tout à fait exceptionnels, chez une femme jeune, avec des fibromes petits et à marche lente, désirant expressément un nouvel enfant, on pourrait accepter de pratiquer cette opération.

Généralement, cependant, il est indiqué aujourd'hui de supprimer à la fois l'utérus et le fibrome.

Pour arriver à conserver la fonction utérine, tout en évitant ultérieurement les accidents de la fibromatose, certains chirurgiens ont cru devoir accompagner l'opération césarienne soit de la castration césarienne, soit de la myomectomie.

Opération césarienne avec castration ovarienne. — Il y a longtemps que quelques opérateurs ont eu l'idée, après avoir pratiqué l'opération césarienne, d'enlever les annexes ou tout au moins les trompes pour amener une stérilité ultérieure.

Dans les cas de dystocie fibreuse, l'ablation des annexes a non seuleument pour but de produire la stérilité, mais aussi l'atrophie des tumeurs fibreuses ; c'est l'opération de Battey. Cette pratique n'a été suivie que dans un petit nombre de cas. Les faits sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions certaines : mais, l'action infidèle qu'exerce sur les fibromes l'opération de Battey et les difficultés d'exécution qu'elle présente font qu'on ne peut guère la conseiller.

Opération césarienne avec myomectomie. — L'ablation d'un fibrome comme complément d'une césarienne a été pratiquée par Montprofit dans un cas où la dystocie était produite par un fibrome arrondi, sous-séreux, du volume d'une tête de fœtus, implanté sur la face postérieure de l'utérus par un pédicule gros comme le pouce (1). Dans un fibrome pédiculé, cette méthode est absolument logique et mérite d'être recommandée, car c'est l'opération idéale, qui a le triple avantage d'obtenir un enfant vivant, de supprimer la tumeur fibreuse, c'est-à-dire la cause de dystocies futures, tout en conservant la fonction génitale.

On ne peut ériger en méthode la myomectomie complémentaire, qui ne repose encore que sur deux opérations ;

(1) Montprofit. *Archives prov. de chirurgie*, 1885, p. 637.

Digitized by Google

mais on peut admettre en principe, que lorsque la tumeur est unique, aisément accessible, facile à enlever, et surtout si elle est pédiculée, cette opération peut constituer une ressource précieuse qui réunit les avantages de l'opération curative et de la conservation utérine. Malheureusement elle ne pourra jamais être applicable que dans des cas exceptionnels.

Opération de Porro. — C'est pour obvier aux nombreux dangers de l'opération césarienne et pour en améliorer les désastreux résultats, qu'Ed Porro, eut l'idée de compléter cette opération par l'amputation de l'utérus et des ovaires. Il se proposait, par ce moyen, d'éviter l'infection grâce à l'emploi de l'antisepsie, l'hémorrhagie et l'écoulement des liquides utérins dans le péritoine par l'ablation de l'utérus.

Cette opération hardie qui fut pratiquée, par lui, pour la première fois le 22 mai 1876, consistait dans l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec fixation du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Elle fut suivie d'un plein succès et réussit à sauver la mère et l'enfant.

L'opération de Porro, telle qu'elle avait été conçue et exécutée par son auteur, ne tarda pas à être adoptée à l'étranger et aussi en France, et les cas se multiplièrent si rapidement que déjà, en 1890, Haris pouvait en réunir 264.

Appliquée à la dystocie fibreuse cette opération constitua un immeuse progrès, car elle ajoutait à l'incision césarienne qui permettait de sauver la vie de l'enfant, l'ablation de l'utérus fibromateux qui constituait une intervention radicale et curative pour la mère.

L'amputation utéro-ovarique, comme complément de la césarienne, présente donc sur les interventions précédemment étudiées, des avantages certains. Au point de vue des accidents opératoires, elle est moins dangereuse que la césarienne conservatrice ; elle élimine en grande partie les dangers des hémorrhagies primitives et secondaires, et prévient souvent les chances d'infection, en évitant la rétention et la décomposition des lochies. Mais son principal avantage, c'est qu'elle constitue ici une opération curative.

Le plus souvent, elle se recommande encore, par sa simplicité, par sa rapidité d'exécution, et, à ce point de vue, elle garde en partie ses droits lorsqu'il s'agit d'opérer d'urgence, en plein travail, des malades déjà affaiblies, pour lesquels on doit redouter une perte de sang trop forte, ou le schok qui accompagne souvent, dans ces cas, les interventions longues et laborieuses.

D'autre part, à cause même de la simplicité de sa technique, elle doit encore garder sa suprématie entre des mains inexpérimentées.

Mais, en face de ces avantages, on peut invoquer contre cette méthode, un certain nombre d'inconvénients.

D'abord, sa mortalité est encore assez forte, et plus accusée certainement que celle que donne l'hystérectomie totale, bien que le nombre des cas de cette dernière soit encore trop peu nombreux pour permettre des statistiques absolument concluantes.

D'un autre côté, son exécution qui paraît si simple et si rapide est assez souvent difficile. Pinard, Delagenière et quelques autres chirurgiens ont insisté sur la difficulté et parfois l'impossibilité que l'on éprouve à former le pédicule utérin quand la section tombe juste sur la région myomateuse, ce qui arrivera malheureusement trop fréquemment dans les cas de dystocie fibreuse, le plus souvent occasionnée par des tumeurs du segment inférieur et du col. On a alors l'inconvénient soit de tailler le moignon utérin en plein tissu pathologique, soit de laisser au dessous de la surface de section des fibromes du col dont l'évolution ultérieure peut être la source de nouveaux accidents.

Mais c'est surtout le pédicule qui peut donner lieu à de nombreuses complications bien étudiées par Fontguyon (1).

Le pédicule externe, auquel la plupart des accoucheurs sont restés fidèles, peut engendrer nombre d'accidents. Il peut être le siège d'hémorragies secondaires soit par glissement des ligatures, soit par chute de l'escharre. Il peut suppurer, s'infecter, donner lieu à des phlegmons, à des péritonites localisées ou généralisées, à des infections septicémiques graves. La malade guérie, conservera parfois des douleurs, des tiraillements, des troubles de compression vésicale ou intestinale.

Le pédicule intra péritonéal présente aussi de nombreux inconvénients. Sa mortalité est plus grande que celle de l'externe Ce mode de traitement s'accompagne souvent d'hémorragies primitives ou secondaires qui échappant à toute surveillance, deviennent par cela même plus facilement graves et occasionnent souvent aussi des accidents septicémiques qui peuvent devenir mortels.

On peut donc en conclure que le traitement externe du pédicule est certainement moins grave que l'autre, mais que la nécessité du sphacèle de la partie superficielle de ce moignon, aussi aseptique qu'on puisse le prévoir, peut être aussi une occasion d'accidents tardifs.

Enfin, dans les cas les plus favorables, il faut compter le plus souvent sur une très grande lenteur de la cicatrisation qui a pu parfois durer des mois (Lepage 3 mois), pour aboutir d'habitude à une cicatrice profonde, large, ombiliquée, véritablement disgracieuse.

C'est pour éviter ces accidents que les chirurgiens s'efforcent aujourd'hui de substituer le plus souvent possible à l'opération de Porro, l'hystérectomie abdominale totale.

Hystérectomie abdominale totale. — L'idée de parer aux inconvénients inhérents au pédicule dans l'opération de Porro, en supprimant ce pédicule lui-même, c'est-à-dire en faisant l'ablation totale de l'utérus, devait forcément venir à l'esprit des chirurgiens à l'heure où, en dehors de la grossesse, l'hystérectomie abdominale totale devenait l'opération de choix dans le traitement chirurgical des fibromes et semblait avoir conquis tous les suffrages.

(1) Poitevin de Fontguyon. Hystérectomies abdominales totales pour fibromes compliqués de grossesse. *Th. de Bordeaux*, 98.

Digitized by Google

Il était tout naturel d'appliquer aux utérus fibromateux, gravides, soit pendant la grossesse, soit au moment du travail, l'opération qui venait de se révéler supérieure en dehors de la gestation. On pouvait peut-être théoriquement redouter une plus grande difficulté opératoire, surtout en opérant à terme, et dans des cas de dystocie, à cause du volume même de la tumeur et surtout du développement exagéré de l'appareil vasculaire utéro-ovarien dans la gravidité. Les faits sont venus répondre victorieusement à cette crainte théorique et depuis quelques années les hystérectomies totales pour dystocie fibreuse ont tendance à se multiplier rapidement.

La plupart des auteurs qui ont pratiqué l'hystérectomie abdominale par dystocie fibreuse, insistent sur les bienfaits de cette méthode, comparée aux autres. Comme l'opération de Porro, elle est radicale et curative, et à un titre supérieur, puisque l'on n'est pas exposé à laisser en place un col fibromateux, source possible d'accidents ultérieurs.

Elle a le grand avantage de supprimer d'un seul coup tous les dangers inhérents au pédicule, qui est ordinairement infecté, et qui devient à son tour un agent d'infection. On peut ajouter aussi qu'elle facilite le drainage vaginal, qu'elle permet d'assurer la fermeture exacte de la séreuse péritonéale.

Ces conditions meilleures, au point de vue opératoire, prémunissent davantage les malades contre les dangers de l'infection, qui constitue souvent le principal péril dans les hystérectomies abdominales totales, que l'on doit encore, malgré leur succès, considérer comme des opérations graves.

Et ces avantages ne sont pas compensés par une difficulté extrême et une longueur particulière des opérations. En effet, la vascularité énorme de l'appareil génital pendant la grossesse ne crée pas d'habitude l'obstacle considérable qu'on avait prévu. « Ceux qui ont opéré dans ces « circonstances, disent Vautrin et Schull, ont tous cons- « taté et fait remarquer que le pincement et la ligature des « faisseaux vasculaires, n'étaient pas plus difficiles que « dans les cas ordinaires, et que la limitation de l'utérus « était de beaucoup facilitée par la distension des liga- « ments et l'existence d'une sorte d'œdème péri utérin. »

L'élévation du col, à la fin de la grossesse, rend plus aisé aussi son accès et son énucléation. Il se passe là ce que tous les chirurgiens ont constaté dans les gros fibromes abdominaux : l'ascension de la tumeur vers l'abdomen produisant une montée du col et une élongation du vagin qui en rendent plus commodes la découverte et la désinsertion.

Il ne faudrait pas cependant croire, d'après ces descriptions, que l'hystérectomie pour fibrome est toujours une opération très simple et sans aucune gravité. La disposition spéciale de certaines tumeurs fibreuses, l'énorme développement des vaisseaux dus à la grossesse, peuvent dans certains cas être une cause de sérieuse difficulté.

Aussi, il n'est pas possible de préconiser plus spécialement tel ou tel procédé opératoire, telle méthode plutôt qu'une autre. Suivant la forme et les rapports de la tumeur fibreuse, l'envahissement de telle ou telle région, le chirurgien doit savoir choisir entre les procédés et adopter celui qui convient le mieux au cas particulier. Mais l'opération doit être faite uniquement par la voie abdominale, et il faut repousser les opérations abdomino-vaginales, qui sont d'ailleurs complètement abandonnées de nos jours.

Mais, quel que soit le procédé employé, il est un point sur lequel on doit insister, c'est la nécessité de faire, pas à pas et chemin faisant, une hémostase soignée et très complète.

Une autre question doit encore être jugée. Faut il inciser l'utérus pour extraire le fœtus avant de faire l'hystérectomie ou au contraire, comme cela a été fait avec succès par Delassus, enlever à la fois tumeur et utérus habité, en se réservant d'ouvrir secondairement la cavité utérine pour extraire l'enfant.

Cette dernière pratique paraît devoir être absolument rejetée ; on sait déjà que l'enfant retiré de l'utérus dans une césarienne simple, est dans un état de pâleur marquée et de demi syncope. C'est vouloir exposer gratuitement sa vie que de l'enlever contenu dans l'utérus. D'ailleurs, dans le cas de Delassus, la grossesse avait été méconnue, et cette erreur de diagnostic explique le mode opératoire.

Avant de quitter cette question de technique, on doit se demander, s'il faut dans les dystocies fibreuses, parmi les variétés d'hystérectomie, préférer l'ablation totale vraie ou la subtotale.

Ricard, qui dans son rapport du Congrès de Chirurgie, s'est montré un partisan déterminé de la subtotale à laquelle il reconnaît les avantages d'être plus rapide, plus facile, moins hémorragique et plus facilement aseptique, paraît, dans les cas d'opérations gravidiques et dystociques, donner la préférence à la totale. « Elle est plus « facile et plus rapide que hors de l'état de grossesse, « dit-il, du fait de la laxité particulière des tissus. L'hys- « térectomie totale paraît ici reprendre sa place ; d'ail- « leurs, au cours même de l'intervention, l'opérateur se « décidera suivant les indications pour l'une ou l'autre « variété opératoire. »

Turner admet aussi que le chirurgien a le droit de choisir entre les deux procédés suivant les indications particulières de chaque cas.

Jusqu'à présent l'hystérectomie abdominale a été étudiée pour fibromes dystociques, dans l'hypothèse d'un enfant vivant, c'est-à-dire dans le cas où cette opération n'est que le complément d'une incision césarienne destinée à extraire de l'utérus cet enfant vivant.

Il reste à examiner si l'opération doit être conduite et pratiquée de la même manière dans les cas de mort du fœtus reconnue et diagnostiquée avant l'intervention.

Comme presque toujours après la mort de l'enfant, l'œuf est infecté, qu'il y ait ou non rupture prématurée des mem-

Digitized by Google

branes, pour éviter que les liquides septiques contenus dans la membrane de l'œuf ne viennent infecter la séreuse péritonéale, il paraît tout à fait indiqué d'enlever en bloc et sans ouverture utérine préalable la tumeur et l'utérus contenant le fœtus. Celui-ci n'est plus qu'un corps étranger septique dont le contact doit être évité aux organes abdominaux de la mère.

D'ailleurs, que l'enfant soit mort ou vivant, dans les cas où l'intervention abdominale est indiquée pour vaincre une dystocie d'origine fibromateuse, l'hystérectomie abdominale totale, qui est la plus complète et la plus curatrice des interventions, est aussi la plus fréquemment avantageuse et doit être, toutes les fois qu'elle est possible, considérée comme la méthode de choix (1).

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme

La glande thyroïde doit être considérée comme un véritable régulateur des échanges organiques et non pas un moyen de défense contre les produits toxiques résultant d'une anomalie de ces échanges. Le liquide thyroïdien est bien un véritable médicament.

Cette sécrétion thyroïdienne est un puissant excitant de la nutrition; le trophisme général est profondément troublé quand elle est supprimée. On conçoit dès lors que les enfants, organismes en voie de développement, soient principalement influencés par toute attaque portant sur la glande, et c'est surtout chez eux que se manifestent les troubles divers liés à ses altérations. *Il existe donc un lien très étroit entre toutes les maladies résultant d'un vice de la nutrition et le fonctionnement du corps thyroïde*; il s'en suit qu'on sera logiquement autorisé à essayer l'emploi thérapeutique de cet organe dans tous les cas où l'on supposera un arrêt ou une entrave à cette nutrition. On ne devra pas limiter cette thérapeutique aux cas seuls, bien typiques, où l'altération thyroïdienne est brusque et complète, donnant naissance aux syndromes bien connus du myxœdème et du crétinisme; mais il faudra dépister les cas où la fonction thyroïdienne est simplement pervertie, même à un moindre degré; la dystrophie s'installe alors lentement, n'atteignant que certaine parties de l'organisme, laissant, par exemple, un enfant parfaitement intelligent, mais arrêté dans sa croissance squelettique; c'est-à-dire qu'à côté des faits d'athyroïdie absolue, il faudra savoir distinguer les hypothyroïdies de divers degrés, les dysthyroïdies, pour employer cette expression, adoptée pour la première fois par Hertoghe, et qui a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature exacte de cette sécrétion thyroïdienne, et de bien montrer quelles sont les diverses étapes que peut subir un malade pour passer d'une hypothyroïdie bénigne à l'athyroïdie la plus complète.

Applications thérapeutiques. — Le traitement classique du myxœdème franc par le corps thyroïde est connu; il n'en est plus de même des myxœdèmes frustes entrevus par Brissaud et Thibierge, étudiés complètement par Hertoghe (d'Anvers). D'après lui, il n'y a pas de distinction à faire entre les infantiles type myxœdémateux st les infantiles type Lorain. A son avis, l'infantilisme syphilitique, rachitique, angioplasique, a toujours, à son origine, un degré plus ou moins accentué de dégénérescence thyroïdienne, en un mot l'infantilisme est toujours une disthyroïdie.

La méthode indiquée par Hertoghe pour se rendre compte de l'origine thyroïdienne de ces formes anormales, de ces infantilismes rangés encore par certains auteurs sans l'appellation de l'infantilisme type Lorain, cette méthode est extrêmement pratique et consiste à opérer une sorte de synthèse du myxœdème franc. Supposons en effet un myxœdémateux classique soumis au traitement thyroïdien. Nous le verrons successivement passer par toutes les étapes de l'hypothyroïdie bénigne jusqu'au moment où tout symptôme disparaîtra. Inversement, suspendons le traitement chez ce même malade, et nous verrons réapparaître tous les symptômes d'hypothyroïdie de plus en plus grave, de plus en plus accentué, pour arriver à reconstituer un myxœdème franc.

Il paraît maintenant avéré, et M. Ausset a pu également le constater, que certains retards dans le développement des enfants paraissent dus à une insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde. L'expérience, du reste, en fournit également des preuves.

Hofmeister, expérimentant sur des lapins, a constaté histologiquement que consécutivement à l'ablation du corps thyroïde, il se produisait un ralentissement considérable de l'accroissement des os, surtout en longueur provenant d'un retard dans l'ossification.

Eiselberg (Archives de Langenbeck, tome 49), a expérimenté sur des herbivores qui résisteraient mieux à l'extirpation glandulaire. Il a également noté des retards considérables dans l'accroissement du squelette.

La thérapeutique montre également l'influence du corps thyroïde sur la croissance. Le fait est remarquable chez les idiots myœdémateux (Hertoghe et Bourneville), mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'action du traitement chez les enfants dont l'arrêt de croissance ne semble pas être d'origine thyroïdienne.

Il est évident que, chez des rachitiques, chez des albuminuriques, chez des angioplasiques, l'arrêt de croissance est dû à un vice de la nutrition indépendant de toute lésion thyroïdienne Mais il nous semble non moins évident, que dans ces diverses maladies où la nutrition est si profondément troublée, où tous les organes sont atteints à divers titres, la nutrition du corps thyroïde lui-même doit être déviée, et l'on s'explique dès lors l'action bienfaisante

(1) Résumé du rapport de M. Boursier au Congr. de Nantes, 1901.

Digitized by Google

que les préparations thyroïdiennes peuvent avoir sur la nutrition en général de ces malades.

Infantilisme. — Pour Brissaud, il y aurait plusieurs types d'infantilisme et il distingue l'infantilisme lié à des altérations thyroïdiennes qu'il considère comme étant l'infantilisme idéal, d'avec les sujets infantiles décrits par Lorain et Brouardel, qui seraient simplement des êtres mal venus, de petit esprit, de petite taille et de petite santé. Pour Hertoghe, au contraire, il n'existe pas de distinction entre l'infantilisme myxœdémateux et l'infantilisme type Lorain. Le médecin anversois estime que, dans les deux cas, il existe une unité étiologique disthyroïdienne et que, par conséquent, tous les phénomènes cliniques sont sous la dépendance d'un trouble de fonctionnement de la glande thyroïde.

Thibierge identifie le myxœdème fruste et l'infantilisme. Non seulement les arrêts de croissance générale, mais encore le développement génital sont fonction de l'hypothyroïdisme.

L'hypertrophie thyroïdienne qu'on observe chez les jeunes femmes n'est pas la conséquence du développement général de tout l'organisme et des organes sexuels en particulier ; elle est antérieure à la production de ce développement ; elle est la cause de ce développement.

Il est donc bien aisé de comprendre et très rationnel d'admettre que le traitement thyroïdien constitue une véritable thérapeutique spécifique pour les arrêts de développement des organes sexuels des deux sexes.

Apert (*Soc. pédiatrie)* a obtenu de bons résultats remarquables par le traitement thyroïdien chez deux enfants dystrophiques avec ectopie testiculaire. Aussi, dit M. Ausset, nous sommes persuadés que tous ces arrêts de croissance, tous ces cas d'infantilisme, doivent être classés sous la même dénomination d'infantilisme par dysthyroïdie. Comme le fait très justement observer Hertoghe, on rencontre souvent dans une même famille des infantiles myxœdémateux, des infantiles rachitiques, des obèses ; or, tous ces sujets sont heureusement et également influencés par le traitement thyroïdien ; on arrive donc fatalement à conclure que ces infantiles non myxœdémateux, qui sont des tuberculeux, des rachitiques,,des cardiaques congénitaux, etc., sont infantiles parce que la tare organique a porté son action délétère sur la glande thyroïde et que c'est ensuite l'altération de cette glande qui a amené l'arrêt du développement.

Toutes les causes débilitantes, toutes les intoxications ou les infections chroniques des ascendants ou survenant chez l'enfant pendant sa croissance, toutes les causes, en un mot, suscepsibles d'enrayer le processus de nutrition, peuvent amener l'infantilisme ; mais ces causes ne produisent ces troubles dans la croissance que parce qu'elles ont, au préalable, porté leur action nocive sur le corps thyroïde, lequel ainsi adultéré ne posséde plus son action régulatrice normale sur la nutrition.

Il est évident que tous les infantiles ne sont pas des myxœdémateux, mais il nous paraît certain, d'après l'expérimentation et la clinique, que les arrêts de croissance, s'ils sont causés par diverses actions délétères ne se produisent que par l'intermédiaire d'une altération de la glande thyroïde.

L'alcoolisme des parents, celui des enfants, arrête le développement du squelette et des muscles ; les organes sexuels restent souvent rudimentaires, et dans beaucoup de cas nous trouvons constitué le tableau complet de l'infantilisme. Donnons du corps thyroïde à manger à ces enfants : nous sommes immédiatement surpris de voir la croissance reprendre, l'aspect général se modifier, les organes génitaux évoluer. Pourquoi ? Parce que l'intoxication alcoolique a porté son effet sur la glande thyroïde comme sur les autres organes et que, de ce fait, les processus nutritifs ont été troublés profondément.

L'influence de l'hérédo-syphilis est indiscutable et s'exerce souvent de la même façon. Fournier a démontré qu'elle se traduit la plupart du temps par des arrêts dans le développement des individus ; l'enfant grandit peu, parle et marche tard, a des dents tardivement. Nous verrons tout à l'heure que les mêmes troubles du trophisme général s'observent ailleurs, dans le rachitisme par exemple, et que, par conséquent, la syphilis n'a ici aucune action spécifique ; il s'agit d'une action dystrophiante dont l'intermédiaire commun à toutes ces intoxications est la glande thyroïde. La syphilis a porté son effet sur elle comme sur le poumon, le cœur, les autres organes, et c'est par son intermédiaire que l'arrêt de croissance s'est produit.

M. Apert nous a montré que la tuberculose apporte aussi son contingent à l'infantilisme. Hirtz (*Th. de Strasbourg*, 1836) a tracé de la descendance des tuberculeux un tableau à peu près identique à celui tracé par Lorain et par Faneau de la Cour dans sa thèse (*Paris* 1871). Ces enfants, dit Hirtz, « conservent un aspect chétif, les muscles sont grêles, mous, les os plus longs, s'ossifiant de bonne heure, les dents apparaissent irrégulièrement ; le pénis reste petit, les testicules paraissent atrophiés, la barbe pousse rare, en clairières. » Il y a là évidemment un état d'infantilisme tenu sous la dépendance d'une lésion thyroïdienne. M. Apert nous a bien donné la clef de ces phénomènes tout spéciaux en nous montrant les lésions non tuberculeuses subies par la thyroïde sous l'influence de l'intoxication tuberculeuse.

Il est certain que le trouble de la fonction thyroïdienne ne se produit pas dans ces cas de la même façon que le myxœdème ; mais les poisons tuberculeux altèrent la vitalité de toutes les cellules de l'organisme et produisant par leur action sur la thyroïde, comme sur les autres appareils un arrêt dans le développement qui crée cet état d'infantilisme.

Les troubles de la croissance, que l'on observe au cours du rachitisme, se produisent incontestablement par le même mécanisme. Evidemment, les rachitiques ne sont

Digitized by Google

pas des myxœdémateux, au sens propre du mot; mais ce sont des hypothyroïdiens consécutivement à leur rachitisme, en ce sens que les poisons gastro-intestinaux vont étendre leur action délétère, d'abord sur le sang, dont ils altèrent la composition (diminution des globules rouges, augmentation des globules blancs, abaissement considérable du taux de l'hémoglobine), amenant ainsi des troubles dans la nutrition des divers organes ; l'influence dystrophiante de ces poisons se fait sentir sur le corps thyroïde qui, lésé, ne fonctionne plus qu'imparfaitement, d'où les arrêts dans la croissance et dans le développement de l'individu. Les succès que l'on a obtenus par le traitement thyroïdien chez certains rachitiques semblent bien démontrer l'influence ici toute spéciale du corps thyroïde.

Nous n'insisterons pas sur les résultats fournis par la médication thyroïdienne : dans certains cas d'obésité, ces faits sont très connus, mais on devra chez de tels malades surveiller tout particulièrement le cœur. Dans la tétanie. elle pourra être justifiée dans une certaine variété de tétanie pouvant se rattacher à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, dans la sclérodermie, chez les hémophiliques, et dans le rhumatisme chronique.

On ne peut souscrire à la théorie d'Hertoghe qui veut considérer tous les adénoïdiens comme des hypothyroïdiens. Les végétations adénoïdes n'ont aucune relation de cause à cet effet avec les troubles de fonctionnement de la glande thyroïde. Il n'y a donc pas lieu d'employer ici le traitement opothérapique.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Claudication intermittente chez l'homme. Saenger a présenté à la Société médicale de Hambourg un homme de 64 ans qui depuis un an était pris d'une très violente douleur dans le pied gauche, dès qu'il avait marché pendant quelques minutes ; il éprouvait en même temps une sensation de faiblesse et des crampes dans la jambe qui l'obligeaient de s'arrêter. Au bout d'un moment cette sensation disparaissait, pour reparaître après un nouveau bout de chemin. (*Wiener Klin. Wochenschrift.*)

Une radioscopie démontra de nombreux dépôts calcaires dans l'artère tibiale postérieure. Cet homme n'avait jamais eu la syphilis, et n'avait jamais abusé des boissons alcooliques, mais il avait travaillé toute sa vie debout devant un pupitre.

Il est évident qu'il s'agissait là d'un cas de claudication intermittente d'origine ischémique. — Bd.

BIBLIOGRAPHIE

La lutte contre la tuberculose, par Paul Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Un volume in-8°, chez J.-B. Baillière, éditeur.

« Il meurt chaque année en France plus de 150,000 tuberculeux. Or, cette maladie est *évitable*, de plus elle est *curable*. Le corps médical de tous les pays accepte ces deux propositions.

Depuis quelques années les nations qui nous entourent ont engagé la lutte contre la tuberculose, elles ont obtenu des résultats favorables. L'expérience montre, en effet, que l'application de mesures bien coordonnées, la persévérance dans l'effort, permettent de diminuer le nombre de ceux qui sont atteints et de guérir beaucoup de ceux qui sont déjà frappés.

Comme président de l'*Association Polytechnique*, j'ai tenu à mettre à exécution le vœu formulé par la Commission de la Tuberculose. J'ai réuni les professeurs d'hygiène et les délégués des diverses sections. Je leur ai exposé la question et les ai priés de porter à la connaissance de leurs 12,000 élèves les principes sur lesquels peut se fonder la lutte contre la tuberculose.

C'est le résumé de ces conférences que je livre aujourd'hui au public. J'ai tâché de ne mettre dans ce travail de vulgarisation que les faits absolument démontrés, ceux qui semblent dès maintenant en dehors de toute discussion. »

Tel est le but que s'est proposé M. le prof. Brouardel dans ce travail, et ce serait lui faire offense de dire qu'il a pleinement réussi, car nous retrouvons dans ce livre les qualités maîtresses de l'enseignement de M. Brouardel à savoir la précision, la concision et la clarté dans l'exposition. — S. R.

Action des médicaments *(Leçons de pharmacologie et de thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Bartholomew)*, par Lauder Brunton. Ouvrage traduit de l'anglais par MM. E. Bouquet et J.-F. Heymans, professeurs à l'Université de Gand. 1 volume in-8° jésus de 596 pages, avec 146 figures. Prix : 18 francs. Chez Carré et Naud, éditeurs, 3, rue Racine.

Les leçons du savant thérapeute anglais, dont nous présentons aujourd'hui la traduction au lecteur français, ont pour simple objet de donner une idée générale sur l'action des médicaments; elles n'ont point la prétention d'apprendre à l'étudiant ou au médecin tout ce qu'il doit savoir sur la pharmacothérapie. Leur but est d'éveiller l'attention, de solliciter l'intérêt et d'inculquer certaines données fondamentales sur lesquelles peut librement se développer l'édifice des connaissances thérapeutiques.

C'est un véritable « useful book », pénétré d'un esprit rigoureusement scientifique et pratique à la fois; il est l'expression du sens commun formulant le traitement des maladies aux clartés de la physiologie et de la pathologie; réunissant l'utile à l'agréable, il sera lu tout entier par celui qui cherche à s'instruire.

Nous avons éprouvé beaucoup d'intérêt à la lecture de ce beau travail pour lequel nous adressons nos plus sincères félicitations au professeur Lauder Brunton. — M. D.

Appendicite; sa pathogénie, par le Dr L. Vibert. 1 vol. à la Soc. d'Edit. scientifiques.

Des résultats mécaniques du decubitus dorsal sur le plan horizontal employé pour le traitement du mal de Pott, par F. Lacroix, chez Coccoz, éditeur.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Diagnostic précoce de la rougeole

Par H. Gillet, *ancien interne des hôpitaux*

L'observation journalière et répétée confirme ce fait indéniable, qu'il faut considérer la rougeole, entre toutes les fièvres éruptives qui atteignent l'enfant, comme l'une des plus inéluctablement contagieuses. On lui assigne (Gottstein) un coefficient de contagiosité de 95 0/0, contre la scarlatine 40 0/0, et la diphtérie 10 0/0. Circonstance aggravante, sa contagiosité fleurit à son maximum dès l'aube où se lève la période d'invasion. C'est l'avant-veille du jour où l'éruption commence à poindre que, d'après M. le professeur Bard (de Lyon), la transmission de la maladie est le plus à craindre.

Dans ces conditions on conçoit l'importance majeure qu'il peut y avoir à dépister l'infection morbilleuse au plus tôt, car à *diagnostic précoce, prophylaxie précoce* possible.

Voyons donc quelles sont les chances sur lesquelles nous pouvons compter dans ce véritable steeple-chasse du diagnostic de la rougeole avant la lettre.

Préalablement au moment où il fait son éruption, le sujet sain, contaminé par un malade, passe par les deux périodes classiques d'incubation, puis d'invasion, dont nous connaissons la durée de façon précise ; c'est 9 à 10 jours pour la première, 4 à 5 pour la seconde. Nous savons aussi que la contagion commence dès la prime invasion et peut être même avant (Combe).

Jusqu'à ces dernières années il était de notion classique d'envisager la période d'incubation comme un mystérieux arcane pendant laquelle rien ne manifestait à l'extérieur l'emprise de la maladie sur l'organisme.

Il est cependant logique d'admettre théoriquement que pendant cette prémonition de 9 à 10 jours, il se passe dans l'intimité de l'être des phénomènes réactionnels, qui doivent traduire le corps à corps auquel se livrent l'agent d'infection et l'organisme.

Des travaux récents ont tenté de lever le voile du mystère.

C'est d'abord au thermomètre qu'on s'est adressé. Certains auteurs, Thomas, Labbé, Wunderlich, Jurgensen, Rehn, Dieulafoy, Aug. Bourgeois (1), Steffens (2), avaient rencontré des cas où déjà pendant la période d'incubation on avait noté des *températures* de 38° et même de 39°. Dans une étude plus récente, E. Weill et H. Péhu (1) ont retrouvé 27 fois sur 63 des faits semblables, mais chez des enfants atteints d'affections antérieures diverses. De sorte que la température anormale constatée ressortit à la maladie première, d'où leur conclusion :

Pendant toute la période d'incubation de la rougeole, la température centrale ne subit aucune modification. Si l'on note de la fièvre, c'est qu'intervient une maladie pyrétique coexistante modifiant, même à un faible degré, le tracé thermique normal.

Il ne semble donc pas que nous ayons dans la température un moyen de diagnostic précoce.

Comme signe prodromique H. Meunier (2) a noté la *perte de poids rapide* subie par le nourrisson. Elle apparaîtrait dès le 3e, 4e ou 5e jour, durerait environ 6 jours et se chiffrerait en moyenne par 310 grammes de déficit. Ce sera bien là une sérieuse indication si l'on ne la donnait aussi comme un symptôme d'affection toute différente, de l'hérédo-syphilis par exemple, comme l'a publié H. Pouzol (3).

On a cherché si l'on ne pouvait pas surprendre dans le sang la preuve de la défense de l'organisme contre l'inoculation récente et voici ce qu'a répondu l'étude hématologique :

Dès la période d'incubation, très près de la contamination, au moins 2 ou 3 jours avant l'énanthème, 10 jours avant toute éruption, Combe (4) et son élève A. Renaud (5) ont précisé la formule leucocytaire qui se caractérise surtout par une abondante *multiplication des leucocytes polynucléaires neutrophiles* et accessoirement des polynucléaires acidophyles et des myéloplaxes.

A l'apparition de l'énanthème, la formule change du tout au tout, l'hyperleucocytose devient hypo-leucocytose (Combe, A. Renaud, Cassia) (6).

A titre d'exemple, chez un enfant de 3 ans, qui normalement compte 11.000 leucocytes au centimètre cube, ceux-ci montent, 4 jours avant l'énanthème, à plus du triple à 34.000, pour redescendre à 5.000 le 2e jour de l'éruption (Combe).

Toutefois, cette polynucléose neutrophile du début de la rougeole n'a pas une valeur absolue, puisqu'on

(1) Aug. Bourgeois. Etude sur la température dans la rougeole. (*Thèse de Lyon*, 1897).

(2) Steffens. *Deutsches Archiv für klin. Med.* Bd. LXII, 1899, p. 123.

(1) E. Weill et M. Péhu. Etude de la température dans les phases d'incubation et d'invasion de la rougeole. (*Ann. de méd. et de chir. inf.*, 15 février 1901).

(2) Henri Meunier. Abaissement notable du poids survenant pendant la période d'inoculation de la rougeole (*Gaz. hebdom.*, novembre 1898).

(3) H. Pouzol. De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis (*Thèse de Paris*, 7 novembre 1894).

(4) Combe (Lausanne). Nouveau signe de la rougeole à la période d'incubation (*Archives de médecine des enfants*, juin 1899, page 345).

(5) A. Renaud. Les leucocytoses dans la rougeole (*Thèse de doctorat*, Lausanne, 1900).

(6) Cassia. Sulla diminuzione dei leucocite nel sangue dei morbillosi (*Accademia Medico-Fisica fiorentina*, 30 — 5, 1900).

Digitized by Google

la rencontre avec des variantes dans les infections en général comme l'expérience l'a démontré pour le coli-bacille, le streptocoque, le pneumocoque, la bactéridie charbonneuse, le bacille typhique, le bacille tétanique, le bacille diphtérique (M. le Dr Schlesinger) (1) et dans la coqueluche.

Quoi qu'il en soit, elle indique qu'une infection est en jeu, c'est déjà beaucoup ; reste à savoir si la recherche est facile à vulgariser dans la pratique journalière. Une plaque sèche de sang suffirait (2) ou l'épreuve du vésicatoire (3).

A côté de ces signes très précoces, on a décrit plusieurs états de la muqueuse des premières voies digestives, dont l'apparition à cheval sur la période d'incubation et sur celle d'invasion peut permettre un diagnostic précoce soit dans les derniers jours de la première période, soit, en tout cas, dès le début de la seconde. A ce moment, il semblerait y avoir localisation non sur les voies premières respiratoires mais sur les premières voies digestives.

Cet énanthème peut être représenté par la *stomatite érythémato-pultacée* bien mise en valeur par M. Comby (4). Il s'étend d'une façon diffuse sur la muqueuse buccale occupe les joues, le palais, les côtés et le dessous de la langue, les gencives.

La membrane légèrement tuméfiée prend une teinte rouge vineux, violacée générale ; sur ce fond sombre, comme appliquée au pinceau, un mince revêtement blanchâtre, opalin, en surface ou en traînée, qui s'arrête ou se déchiquette près de la sertissure des dents. Un léger flottement suffit à le détacher. La salive a une réaction neutre.

Le signe de Comby, comms il est juste de l'appeler, c'est-à-dire : 1° gonflement général léger; 2° rougeur violacée; 3° exsudat opalin, n'est pas absolument spécial à la rougeole, on le voit dans la grippe, dans d'autres érythémes (5), mais il n'en a pas moins une réelle importance.

L'efflorescence muqueuse peut affecter une autre modalité (6). Elle semble être analogue à la précédente, mais au lieu de se diffuser, se concrète en taches irrégulières de 2 à 6 millimètres, un peu surélevées, de couleur blanc-bleuâtre, qu'on peut détacher avec une pince sans faire saigner.

(1) E. Schlesinger. La leucocytose dans les infections expérimentales. (*Zeitschrit für Hygiene und Infectionkrankheiten*, 1900. Bd XXXV, p. 349).

(2) J. Courtemont, Montagnard et Péhu. La leucocytose dans la rougeole (Soc. méd. des hôp., 26 juill. 1901.)

(3) Roger et Josué. L'épreuve du vésicatoire (*Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1901).

(4) J. Comby. Stomatite érythémato-pultacée accompagnant l'éruption (*Bulletin et mémoires de la Société méicale des hôpitaux*, 22 nov. 1895, page 760).

(5) L. Guinon. Erythème morbilliforme sérothérapique avec stomatite pultacée (*Société de Pédiatrie*, 11 déc. 1900, et *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1901).

(6) Koplick. (*Medical Record*, 9 avril 1898).

On les aperçoit bien trois jours avant l'éruption et cessant le premier ou le deuxième jour de celle-ci, surtout si l'on s'éclaire à la lumière du jour où à la lumière électrique. Elles siègent sur la muqueuse des joues, près des grosses molaires, parfois sur celle des lèvres et de la langue, soit des deux côtés, soit d'un seul. On peut en compter seulement six à vingt, mais aussi plusieurs centaines Elles dominent de petits placards d'hypérémie, qui font auréole. C'est le signe de Koplik. Cioffi (1), Slanyk, Havas, Knœspel (2), considèrent cette manifestation muqueuse comme presque constante (95 0/0) et pathognomonique.

Pathognomonique elle le paraît bien ; mais constante elle le semblerait beaucoup moins. M. Cohn (3), ne l'a pu trouver que seize fois sur vingt-deux, et à Paris, Guinon, Variot, Méry (4), l'ont cherché sans beaucoup de succès.

Huit à dix, parfois seulement quelques jours avant l'invasion, mais précédant et la stomatite de Comby, et les taches de Koplik, bien qu'ayant l'aspect d'une localisation de ces dernières, a été décrite une *angine pultacée* particulière par M. R. Saint-Philippe (5).

Cette angine pultacée revêt l'aspect de petits points blanc-bleuâtres, plutôt que de plaque. Cliniquement elle est accompagnée de fièvre, de plus ou moins d'engorgement ganglionnaire, de dysphagie.

Une fois on a trouvé du bacille dipthérique, mais l'enfant n'eut pas moins la rougeole. Sa fréquence serait de 15 0/0.

Du côté de la gorge on peut rencontrer le *pointillé rouge* du voile du palais, sur lequel a insisté M. Sevestre. Ce tigrage précède un peu l'exanthème, et, quand il existe, permet un diagnostic, qui, s'il n'est pas précoce, s'affirme cependant avant l'exanthème. L'angine érythémateuse simple est de peu de secours à cet effet.

J'ai constaté parfois avant l'éruption cutanée, une poussée d'*adénoïdite pharyngienne*, que je n'ai pas vu indiquée jusqu'ici. Le pharynx est comme clouté. J'ai été tenté d'en faire un signe révélateur de la rougeole ; mais si elle est assez fréquente dans cette maladie, elle ne lui est pas propre. On peut la voir

(1) Em. Cioffi. Contributo alla patologia del morbillo. (*Gazetta degli ospeddi delle clinica*, 18 mai 1900).

(2) L. Knœspel. Ueber dans Koplik'sche Frühsymtom bei Masern *Prager Med. Wochenschrift*, 13-20 oct. 1898).

(3) Michael Cohn (Berlin). Bemerkungen zum Koplik'schen Frühsymptom der Masern (*Therapeutische Monatshefte*, 1899, H. 11).

(4) L. Guinon. Ce que valent les signes prodromiques précoces de la rougeole (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1901, p. 163) et Variot, Mery. (*Soc. de pédiatrie*, déc. 1900).

(5) R. Saint-Philippe (Bordeaux). De l'angine pultacé comme signe précoce, avertisseur de la rougeole (XIIIe Congrès international de médecine, Paris 1900. Comptes rendus, *Médecine de l'enfance*, p. 473 et *Journal de méd. de Bordeaux*, 1901, n° 14).

Digitized by Google

dans toutes les infections qui touchent les voies aériennes supérieures, la grippe par exemple, et même dans ce que par ignorance nous appelons fièvre éphémère.

Tout le tube digestif peut participer à l'état fluxionnant de la muqueuse. Chez les tout jeunes enfants, il n'est pas rare de constater de la *diarrhée*, ordinairement biliaire ; chez de plus grands des signes d'*embarras gastro-intestinal.*

Il n'est pas jusqu'au péritoine qui ne donnerait son appoint au diagnostic précoce. D'après Bologuini (1), par la palpation de l'abdomen on percevrait une espèce de *froissement neigeux péritonéal.*

On pourrait penser qu'il est oiseux de s'attarder sur des signes qui ne révèlent la maladie qu'une fois l'invasion commencée. Ce serait logique, s'il était vrai que l'invasion se fît cliniquement toujours comme les livres de pathologie le disent par la fièvre et les symptômes de catarrhe naso-oculaire.

Mais dans la pratique, on voit qu'il faut distinguer au point de vue de l'invasion deux types de rougeole, l'une avec énanthème marqué ; la rougeole apparaît alors bien comme une fièvre à la fois énanthématique et exanthématique ; l'autre avec un énanthème atténué au point qu'on ne le perçoit pas, la rougeole, dans ce cas, n'est plus qu'une fièvre exanthématique. *Pas d'énanthème, pas de fièvre d'invasion* comme, après M. Grancher, l'ont montré Weill et Pehu (2).

Il y a plus, la fièvre classique de la rougeole, si caractéristique, et peut-être aussi si trompeuse avec sa rémission du second jour, ne représenterait qu'environ la moitié des cas. La rémission, beaucoup plus longue, peut se maintenir presque jusqu'à l'éruption, ou bien elle peut manquer totalement et la courbe marcher d'une allure continue et progressive avec des oscillations rémittentes vers 39°.

On cite la possibilité de *rashs* (3) scarlatiniformes ortiés, morbilliformes, de milliaire rouge, fugaces, de 48 heures au plus, apparaissant vers le deuxième jour de l'invasion. Mais ces efflorescences gênent plus le diagnostic qu'elles ne l'aident.

Enfin, mais ici il est un peu tard pour parler de diagnostic précoce, on peut, en s'armant d'un verre bleu de cobalt, percevoir l'éruption, lorsqu'à l'œil nu rien n'est encore visible, et cela quelquefois un jour ou une demi-journée à l'avance.

Voici le bilan de nos connaissances actuelles. Notre richesse apparente cache peut-être notre pauvreté réelle. Toutefois, si jusqu'ici l'on n'a pas découvert un signe d'une valeur absolue, pathognomonique dans le sens strict du mot, il n'est pas moins vrai que quelques-uns, comme le signe de Comby et celui de Kopsick, pour ne parler que des constatations cliniques, nous seront d un aide efficace pour nous mettre sur la piste du diagnostic, et un avertit vaut deux.

Du reste, lorsqu'il sagit de maladie contagieuse, il est préférable d'agir par excès que par manque de prudence. Mieux vaut faire isoler un enfant non contagieux, que de laisser libre pratique à un qui pourrait l'être.

En temps d'épidémie de rougeole, tout malaise doit être tenu pour suspect est l'on est en droit de dire, modifiant un peu le vers d'Athalie :

Dès que l'on est suspect on n'est pas innocent.

(1) Bologuini. La pédiatria, 1895.

(2) Weil et Pehu. *Loc. cit.*

(3) Robet. Les rachs précruptifs de la rougeole (*Thèse de Paris*, 1896).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Ce qu'il faut penser de l'usage des acides dans les hémorragies.

Par M. le Dr Liégeois

Correspondant national de l'Académie de médecine

Les acides minéraux, *per os*, ont joui d'une grande réputation comme hémostatiques : Coze les classait parmi les agents de sa « médication plastique » au même titre que le tanin. Les modernes, il est vrai, et plus particulièrement Trousseau et Pidoux, pour justifier l'usage interne, absolument empirique, qu'en faisaient leurs aînés, déclarèrent, sans preuves rigoureuses à l'appui de leur dire, qu'ils rendent le sang moins fluide, moins diffluent, plus visqueux, plus coagulable. Ceci résultait, d'après eux, d'observations recueillies « chez des animaux qui ont pris des acides pendant longtemps ». Qu'est-ce que cela pouvait bien prouver en faveur de la médication acide instituée d'urgence contre une hémorrhagie profuse?

Et cependant J. Frank conseillait l'élixir acide de Haller, l'élixir vitriolique de Mynsicht, comme remèdes d'urgence autant que comme remèdes préventifs dans toutes les épistaxis, à l'exception de celles des pneumo-tuberculeux ; dans les épistaxis cardiaques il les associait à la digitale, au quinquina ou à la teinture aqueuse de rhubarbe dans les fièvres larvées intermittentes épistaxiques avec ou sans tuméfaction de la rate (ailleurs il formule l'élixir vitriolique de Mynsicht dans une infusion d'acore). Sydenham contait avoir guéri l'épistaxis de la rougeole par sa petite bière « imprégnée d'esprit de vitriol ».

Pour que l'acide sulfurique n'excitât pas la toux,

Digitized by Google

il incorporait, dans l'hémoptysie de la tuberculose pulmonaire, 1 gramme, 1 gr. 50 d'élixir acide de Haller avec 500 grammes de décoction d'amidon aromatisée, ou bien il faisait prendre de demi-heure en demi-heure 5 à 6 gouttes d'élixir de Mynsicht avec 5 gouttes de laudanum de Sydenham dans de l'eau de cochléaria. En Allemagne on s'est plutôt adressé à cet élixir de Haller dans l'hémoptysie, en France à l'eau de Rabel (2 à 4 grammes).

L'acide sulfurique était préféré à l'acide azotique : Niemeyer publie cependant une formule de potion, très utilisée en Allemagne, dit-il, contre l'hémoptysie phymique, dans laquelle l'esprit de nitre dulcifié entre pour 2 grammes.

Werlhof vanta dans le purpura hémorragique qui porte son nom l'acide sulfurique dilué et l'élixir acide de Haller. Niemeyer estime qu'ils exercent sur cette maladie une influence rapidement curatrice à la condition d'être employés dès le début.

Malgré ces hautes recommandations le traitement des diverses hémorragies par les acides minéraux est de plus en plus délaissé. Quand une épistaxis, par son abondance et ses fréquents retours, impose une médication active, on ne perd plus son temps à prescrire une potion à l'esprit de vitriol. Voyez l'habileté de ceux qui laissent encore tomber l'eau de Rabel sous leur plume en écrivant une prescription contre l'hémoptysie : ils l'associent soit au sirop de ratanhia, soit à l'extrait thébaïque dont l'influence hémostatique est autrement établie. La potion allemande à 2 grammes d'esprit de nitre dulcifié ne contient-elle pas aussi 30 grammes de baume de copahu qui agit comme astringent sur la muqueuse bronchique à la surface de laquelle il s'élimine comme la térébenthine? Je me suis servi de l'eau de Rabel dans le purpura hémorrhagique avec moins de succès que du perchlorure de fer. Pour toutes ces raisons, et sans me préoccuper de la tradition, j'ai renoncé aux acides minéraux dans les hémorrhagies précitées.

Quelle est l'efficacité des mêmes acides minéraux dans les hématémèses, dans les hémorragies intestinales où la limonade sulfurique froide ou glacée, l'eau de Rabel, l'élixir acide de Haller sont prescrits couramment? Certains auteurs supposent un effet direct d'astringence s'exerçant sur le vaisseau déchiré et sur les tissus musculaires lisses qui l'enserrent et l'entourent ; dans son *Projet d'un essai sur la vitalité* (1835), Andral ne disait-il pas que l'impression des acides « produit dans les molécules des solides une contraction en sens inverse de l'agent impressionnant », leur « resserrement »? Qu'en sait-on ? comment s'en est-on assuré ?

C'est précisément cette imaginaire « trop grande énergie astringente des acides minéraux » qui empêchait J. Frank — pourquoi ? — de les prescrire dans la gastrorragie. Si nos contemporains reconnaissaient à l'acide sulfurique, dans les hémorragies de l'estomac et de l'intestin, des propriétés démesurément astringentes, l'associeraient-ils au sirop de ratanhia, au perchlorure de fer, à l'extrait thébaïque? Pourquoi chercheraient-ils à doubler, à tripler, du moins à renforcer ses effets hémostatiques? La vérité est que s'il est imprudent de se passer, au cas présent, des médicaments qui doivent leur action antihémorragique au tanin, à l'acide gallique, il n'est pas préjudiciable aux malades d'écarter l'acide sulfurique de nos formules.

Nous arrivons donc tout bonnement à cette conclusion, que les acides minéraux n'ont aucune utilité, comme hémostatiques, ni dans les hémorragies du nez, des bronches ou de la peau, ni dans les hémorragies gastro-intestinales.

Il en est de même des acides végétaux. Toutefois les praticiens pourront prescrire les uns et les autres pour étancher la soif si vive dans l'hémoptysie, dans l'ulcère hémorragique de l'estomac où elle est exagérée par la saveur du sang qui a traversé la bouche, dans les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde et dans les métrorragies post-partum. Si l'on tient à tout prix, pour remplir ce but spécial, à un acide minéral, il vaut mieux — parce qu'il est aussi désaltérant et d'une saveur délicieuse — recourir à l'acide phosphorique. Herder s'en servit dans les épistaxis abondantes ; Niemeyer en était partisan dans l'hémoptysie où Hoffmann le conseilla en potion à la dose de 4 grammes ; Ewald donna 5 grammes dans la métrorragie. L'acide phosphorique joint à ses propriétés très désaltérantes ses propriété toniques sur le système nerveux ébranlé par la perte de sang.

Les boissons fraîches ou glacées acidulées avec des sucs acides végétaux (de citron, de grenade, d'orange, de groseilles, de fambroises) plutôt qu'avec des acides végétaux (tartrique ou citrique) calmeront tout aussi bien la soif que l'acide phosphorique. J. Frank disait avoir obtenu des effets « vraiment incroyables », dans l'hématémèse, de la pulpe de tamarin « tempérée par un véhicule mucilagineux » : pulpe de tamarin 60 grammes, gomme arabique 10 à 11 grammes, sucre blanc 90 grammes, eau 750 grammes — 30 grammes toutes les heures. Le petit-lait à la pulpe de tamarin (60 pour 1000) est également rafraîchissant. Le tamarin exonère en outre l'intestin du sang noir, poisseux, souvent fétide, qui s'y est accumulé.

Digitized by Google

Consultation Thérapeutique

Traitement du pouls lent permanent

Par M. Deguy,
ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire.

Exposé clinique. — Le syndrome de Stokes-Adams, est, comme on sait, caractérisé par le groupement des trois signes primordiaux : *a)* la lenteur du pouls, *b)* les attaques syncopales et *c)* les crises épileptiformes. Ces trois signes sont loin d'être toujours associés, et de la présence ou de l'absence de l'un d'eux, il résulte des formes cliniques, frustes pour la plupart, et variables à l'infini.

La lenteur du pouls n'est pas constante, et il y a plusieurs faits à considérer. Il existe, rarement, il est vrai, des individus qui, dès leur naissance, ont en permanence du ralentissement du pouls. Si on en trouve encore assez facilement qui n'ont que 60 pulsations à la minute, il est exceptionnel qu'on en trouve l'ayant à 50 ou au-dessous, bien qu'ils existent. Leur bradycardie est naturelle, et non pathologique. Au contraire, dans les cas pathologiques, le pouls s'est ralenti à un moment de l'existence, à la suite d'une maladie infectieuse, par exemple, qui aura atteint la circulation bulbaire, comme la typhoïde, la grippe, ou aura lésé, par toxines, le bulbe, comme la diphtérie, ou bien encore aura déterminé une production pathologique au niveau du bulbe (syphilis, tuberculose) ; et alors : ou le pouls qui lentement et progressivement s'est ralenti est resté lent, ou il ne le devient que par crises, s'accompagnant ou non d'autres phénomèmes bulbaires. Il y a donc une bradycardie permanente et une bradycardie paroxystique. Dans le cas de lésions artérielles, athéromateuses, ou autres des artères du bulbe qui sont la cause la plus fréquente de la maladie de Stokes-Adams, on peut voir une bradycardie évoluant sournoisement, soit permanente et très accentuée, faisant tomber le pouls à 20 ou au-dessous même, soit une bradycardie transitoire et survenant à l'occasion de causes occasionnelles importantes à connaître pour la thérapeutique. Souvent, c'est un accident syncopal qui fait découvrir la maladie existant depuis longtemps déjà.

Les attaques syncopales peuvent manquer, ou être rares, souvent à de très longues échéances, une ou deux par an, ou être au contraire presque subintrantes, se reproduisant un certain nombre de fois dans une même journée, et déterminer la mort subite. Elles surviennent brusquement, sans prodromes, sans aucune sensation vertigineuse prémonitoire, le malade tombe brusquement et brutalement ; ou bien il se fait de profondes blessures en tombant, ou bien il ne se fait aucun mal, ou bien c'est la mort sans phrases, mort la plus subite et la plus rapide, plus rapide encore que celle de l'angor.

Les attaques épileptiformes ont des caractères analogues, elles peuvent exister en correlation avec les attaques syncopales ou isolément ; la plupart du temps, elles ont le début brusque sans prodromes ; parfois elles sont précédées de troubles vertigineux, elles peuvent être mortelles tout comme les attaques syncopales. Souvent, elles ne se terminent pas par une miction comme la crise d'épilepsie vraie, mais la chose est possible. J'ai même observé des faits où la crise se terminait par une éjaculation. Il est exceptionnel que le malade se morde la langue comme dans une crise d'épilepsie. Sur une dizaine d'observations que je possède, je n'ai jamais noté cette morsure de la langue.

Les attaques apoplectiformes sont précédées de nausées, de vertiges, de bourdonnement d'oreilles. Le malade tombe privé de sentiment et de mouvement, la face est injectée, la respiration stertoreuse, le pouls plein et quelquefois faible et lent. Il n'y a pas de paralysie consécutive.

Les éblouissements et les vertiges sont des symptômes très fréquents dans la syndrome de Stokes-Adams, ils existent au début et sont précurseurs des crises syncopales ou épileptiformes. Ce sont les signes avant-coureurs de la crise de pouls lent quand celui-ci au lieu d'être permanent survient par paroxysmes.

Tel est dans ses grands traits le syndrome de Stokes-Adams, dont les éléments symptomatiques sont pour la plupart fort connus. Il est deux faits sur lesquels je désire insister et que j'ai observés chez presque tous mes malades. Ils m'ont paru jouer un rôle primordial dont on n'a pas jusqu'ici tenu assez compte et dont l'importance thérapeutique est considérable.

Le premier est l'influence néfaste des troubles gastro-intestinaux, de la constipation et de la résorption des poisons intestinaux sur l'évolution des crises de pouls-lent. Lorsqu'un malade évolue un syndrome de Stokes-Adams, les incidents dramatiques du syndrome, syncopes et crises épileptiformes sont souvent en corrélation avec une cause occasionnelle : constipation opiniâtre depuis quelque temps, mauvaises digestions, perte d'appétit, langue blanche, odeur nauséeuse et légèrement fécaloïde de l'haleine, distension du tractus intestinal par des gaz. Quelquefois même des vomissements alimentaires, ou simplement biliaires, en marquent le début. J'ai même observé des malades où la lenteur du pouls ne survenait qu'en même temps que ces troubles digestifs, et lorsque l'état de crise était passé, le pouls redevenait normal, ou même tachycardique. La constipation chez tous les malades de ce genre, est toujours

Digitized by Google

un phénomène dangereux, et. qui plus est, elle est opiniâtre à ce moment, et assez difficile à vaincre dans sa chronicité et sa tenacité. L'estomac atteint de dyspepsie atonique avec flatulence et distension, digestions lentes et pénibles, fermentations, est avec la constipation un élément causal accidentel de premier ordre.

Le second fait important est l'état nerveux et neurasthéniforme que présentent les malades au moment des crises. Cet état nerveux se caractérise par de l'irritabilité très grande, une émotivité très accentuée, un état craintif et timoré, de l'asthénie de la pensée et de la phobie, de l'insomnie. Ces troubles paraissent relever de deux causes, l'une : le trouble de la circulation cérébrale, car, si les artères des centres bulbaires sont prises, les artères de la corticalité le sont également à un degré assez accentué. La même cause qui détermine la claudication intermittente du bulbe avec sa réaction sur la dixième paire, détermine aussi la claudication des centres psychiques ; la neurasthénie des artérioscléreux et des athéromateux étant un fait connu. D'autre part, un rôle purement psychique est joué par cette préoccupation constante : la crainte de la mort subite; or le psychique réagit presque toujours sur les fonctions organiques, et, dans le cas particulier, c'est un phénomène aggravant la maladie. Il faudra donc également en thérapeutique, tenir compte de ces faits.

Quant aux signes d'auscultation fournis par le cœur et l'aorte, ils sont en rapport avec les lésions existant dans ces organes, lésions scléro-athéromateuses fréquentes. La lenteur des battements seule relève de la lésion bulbaire. Je dois cependant signaler un fait que je n'ai observé qu'une seule fois, c'était le bruit du cœur triple en écho. Le malade présentait un souffle d'insuffisance aortique, diastolique très net, et le rythme cardiaque était le suivant : le premier bruit systolique très fort, puis rapidement le bruit diastolique plus faible suivi de son souffle très court et très bref, et, enfin, un troisième bruit survenant de suite plus faile encore. Un léger murmure à peine perceptible le suivait, et une longue pose, un long silence terminait la série.

Pour plus de renseignements sur la symptomatologie du Stokes Adams, nous renvoyons aux travaux suivants : Huchard (*Traité des maldies du cœur* et *Arch. méd.*, sept. 1895), et les thèses de Quelmé, Mauget, Boyer.

Indications thérapeutiques. — Quelles sont maintenant les indications thérapeutiques à remplir. Elles sont au nombre de trois, le traitement de la cause efficiente, le traitement des causes occasionnelles, et le traitement des crises.

I. — Pour le traitement de la cause efficiente, il faudra d'abord rechercher si le Stokes-Adams n'est pas d'origine syphilitique. J'ai observé des faits de ce genre, (*Le cœur et l'aorte des syphilitiques*, *Th. Paris*, 1900). M. Brissaud en a également publié dans ses cliniques. Lorsque la syphilis est ou paraît être en jeu, la médication spécifique s'impose. Je donne la préférence aux injections intra-musculaires, tous les deux jours, au point de Smirnoff, de la solution suivante :

Cyanure d'hydrargyre..... }	ãã 0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne..... }	
Eau distillée.....	50 grammes

On fait une série de 10 à 15 injections, répétées tous les deux jours.

L'iodure de potassium est également indiqué, mais, dans ces cas, il ne me paraît pas nécessaire de recourir aux fortes doses, et une dose de 1 gr. par jour paraît suffisante. On donnera une cuillerée à bouche le matin de la potion suivante :

Iodure de potassium.....	10 grammes
Eau distillée.....	100 —
Sirop d'éc. d'oranges amères..	50 —

L'emploi de la médication iodurée doit être surveillé avec soin, surtout, ce qui est fréquent, si le rein est légèrement scléreux et insuffisant, et s'il y a un peu d'albumine. L'iodure, contrairement à ce que l'on croit habituellement, s'élimine parfois avec une très grande lenteur et agit comme un médicament accumulatif, et cela même si le rein paraît fonctionner normalement. C'est ainsi que, chez un malade, atteint d'anévrysme syphilitique et soumis à une médication iodurée de 4 gr. par jour, j'ai pu constater que, après cessation de ce traitement, il y avait encore une élimination très forte d'iodure, 25 jours après, dans la salive, et l'amélioration de l'anévrysme continuait malgré la cessation de la médication, car le malade était toujours sous l'influence de l'iodure. Un autre malade, artérioscléreux peu avancé qui avait pris 0,50 centigr. d'iodure par jour pendant un mois, cesse ce traitement qui ne lui avait donné du reste aucun signe d'intolérance, et éliminait encore de l'iodure d'une façon très appréciable, 18 jours après la cessation de son traitement. Ces faits de l'accumulation et de la lente élimination de la médication iodurée, faits qui ne sont pas exceptionnels, doivent donc nous rentre prudents pour éviter les catarrhes d'intolérance, les éruptions acnéiques et même, ainsi que j'en ai observé un cas, les angines iodurées avec laryngite œdémateuse, déterminant de la dyspnée mécanique.

Lorsqu'on veut soumettre un malade à la médication iodurée, ou bien pendant longtemps, ou bien à de fortes doses, il est bon de connaître son coefficient d'élimination. Si l'élimination est lente, le malade se trouve pendant assez longtemps sous l'influence de la médication et il est inutile de la surmédicamen-

Digitized by Google

ter, ce qui peut lui être nuisible. Bon nombre de malades, auxquels on donne de préférence de l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, parce que les sels de sodium sont moins toxiques et sont mieux tolérés, pourraient bénéficier de la médication plus active de l'iodure de potassium, à condition de rechercher si ce ne sont pas des malades à élimination lente.

Lorsqu'un malade a été soumis à la médication iodurée pendant quinze jours, nous conseillons de cesser et de ne reprendre que lorsque l'élimination de la dose d'iodure sera totale. Celle-ci peut être très rapide, mais elle peut, comme nous l'avons vu, être très longue. Le procédé le plus simple pour s'en rendre compte est de rechercher l'élimination par la salive. On fait cracher dans un verre jusqu'à ce qu'on ait obtenu 2 cc. de salive ; on filtre et on ajoute dans un tube à essai 2 cc. d'empois d'amidon. L'addition d'une goutte d'acide nitrique fumant donne une forte coloration bleue par la formation d'iodure d'amidon. Tant que cette coloration se produit et est assez intense, il est inutile de continuer la médication iodurée, car l'organisme en est encore imprégné.

Cette longue digression sur l'emploi de la médication iodurée trouve d'autant plus sa place ici que c'est non seulement dans la syphilis, mais encore dans l'artériosclérose qu'elle est indiquée, et on retrouve dans la grande majorité des cas, l'artériosclérose à l'origine du syndrome de Stokes-Adams.

Dans ce cas, nous conseillons pendant 15 jours une cuillerée à bouche le matin de la potion suivante :

Iodure de potassium.....	5 grammes
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 50
Eau distillée	100 grammes
Sirop d'écorces d'oranges	50 —

Cesser, puis reprendre ordinairement après 8 à 15 jours de repos.

2° *Indication thérapeutique.* — Elle dépend de l'état de crise, soit de la lenteur du pouls paroxystique, soit des attaques syncopales ou épileptiformes répétées. C'est le traitement des accidents aigus du syndrome, accidents, comme nous l'avons dit, précédés et accompagnés de troubles digestifs et de troubles nerveux.

L'indication à remplir est de combattre l'ischémie bulbaire. — Pour cela, l'emploi de la trinitrine s'impose ; il faut faire une vaso-dilatation active. On donnera donc cinq fois par jour ou plus, une cuillerée à café de la solution suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au 100°.	XXX gouttes
Eau distillée.....	250 grammes
Sirop de mûres..... . .	50 —

On peut également l'administrer sous forme de comprimés.

Trinitrine.....	XXX gouttes
Sucre de lait.....	30 grammes

Pour 15 comprimés.

Chaque comprimé représentant deux gouttes de la solution officinale de trinitrine (dose II à VI gouttes ou plus).

La trinitrine ne peut être continuée trop longtemps, car elle en arriverait à déterminer une céphalée pulsatile qui empêcherait son emploi ultérieur. Au bout d'une huitaine de jours, on cessera donc la trinitrine et on en continuera l'effet en la remplaçant, comme l'a préconisé M. Huchard par le tétranitrate d'Erythrol ou tétranitrol.

On peut l'administrer de la façon suivante :

Tétranitrol	0 gr. 30
Sucre de lait..... }	ãã 1 gr. 50
Bicarbonate de soude..... }	

Pour 15 comprimés. — Deux à cinq par jour.

Ou bien sous forme de dragées.

Tétranitrol.....	0 gr. 01

Pour 1 dragée ou une pilule. — Une à cinq par jour.

Le nitrite d'amyle, à cause de son action fugace et passagère ne pourrait guère être employé qu'au moment des crises, mais il nous paraît bien difficile de recommander au malade d'en faire usage lorsqu'il est en crise syncopale ou épileptiforme, et il n'y a pas toujours un médecin présent, lorsque le fait se produit. Lauder-Brunton pense qu'on peut utiliser le nitrite de sodium, le nitrite de propyle, le nitrite d'isobutyle et même le nitrite d'éthyle qui entre dans la composition de l'esprit de nitre doux.

Voici une formule de nitrite de sodium :

Solution alcoolique de nitrite de sodium au 1/100°.....	XXX gouttes
Eau distillée.....	250 grammes
Sirop de mûres.....	50 —

Deux à cinq cuillerées à café par jour.

Le nitrate de potasse, se réduisant dans l'organisme, agit de ce fait comme les nitrites, mais plus lentement et plus faiblement ; on pourra y avoir recours avec succès, mais dans les cas légers seulement. On formulera ainsi :

Nitrate de potassium	1 gramme
Julep gommeux..... ..... }	ãã 50 —
Infusion de pariétaire... .... }	

A prendre dans la journée.

M. Huchard conseille également l'usage d'infusion de café.

Contre les crises aiguës, syncopales, épileptiformes ou apoplectiformes, on conseillera à l'entourage du malade, de faire des inhalations de nitrite d'amyle, ou une injection de caféïne et d'éther. Enfin, le malade sera pendant quelque temps maintenu dans la position horizontale, la tête baissée.

On a également préconisé la teinture de noix vo-

Digitized by Google

mique (Laveran. Sorbets) et l'injection de strychnine dans les syncopes prolongées ; une seringue de la solution suivante :

Sulfate de strychnine..... 0 gr. 10
Eau distillée..... } àà 10 grammes
Eau de laurier-cerise..... }

Nous ignorons personnellement la valeur de cette médication.

3° La *troisième indication* consiste en le traitement des causes occasionnelles et nous avons insisté sur les deux suivants : les troubles digestifs et l'état de nervosisme du malade.

Les troubles digestifs et la constipation en particulier sont très difficiles à combattre et il faut s'ingénier à varier les purgatifs, car comme la maladie est chronique, on échoue souvent. Voici diverses formules que nous employons. Une ou deux fois par semaine le matin à jeun, soit un verre d'eau de Montmirail soit un des cachets suivants :

Calomel..... }
Scammonée..... } àà 0 gr. 05
Jalap..... }
Gomme-gutte..... }
Par cachet.

Dans l'intervalle, avant le repas du midi ou avant chacun des deux repas, un cachet de :

Magnésie lourde..... } àà 0 gr. 25
Rhubarbe de Chine pulvérisée. }
Soufre sublimé et lavé..... } àà 0 — 50
Benzonaphtol..... }
Par cachet.

Lorsque la constipation est au minima, nous nous contentons de quelques pilules laxatives à prendre le soir en se couchant. On peut utiliser les grains de santé du Dr Frank. Ou bien une des trois formules suivantes dont nous nous servons avec succès dans les cas de constipation chronique :

1. Extrait de belladone..... } àà 0 gr. 02
— de jusquiame..... }
Podophyllin..... 0 — 04
Par pilule. — 1 à 2 le soir en se couchant.

2. Extrait de jusquiame..... } àà 0 gr. 01
Evonymine..... }
Podophyllin..... 0 — 2
Cascara..... 0 — 4
1 à 2 le soir en se couchant.

3. Evonymine..... }
Extrait de cascara..... } àà 0 gr. 01
Extrait de jusquiame..... }
Rhubarbe..... Q. S. pour une pilule
(Mêmes doses).

L'electuaire suivant nous a rendu parfois de grands services :

Séné pulvérisé lavé à l'alcool.. 25 grammes
Coriandre..... 2 gr. 50
Pulpe de tamarin..... 25 grammes

Faire un électuaire de consistance molle (une cuillerée à café le soir en se couchant.

Nous nous sommes appesantis sur ces formules dont la composition est bonne et qui sont simples. Nous en avons employé diverses autres, mais ce sont celles-là qui, tant au point de vue pharmaceutique que thérapeutique, nous ont paru préférables (1).

Contre les troubles nerveux, il n'y a guère qu'un médicament d'une utilité incontestable, c'est la valériane. M. Labbé en a également remarqué les bons effets. Il est indiscutable que la valériane atténue et diminue le nombre des crises et qu'elle facilite le sommeil trop souvent agité de ces malades. Voici quelques bonnes formules à employer, elles sont toutes à base de valérianate d'ammoniaque, le seul réellement efficace.

1. Valérianate d'ammoniaque cristallisé bien neutre..... } àà 3 grammes
Extrait alcoolique de valériane }
Eau distillée..... 100 —
Filtrez. — Une à deux cuillerées à café.

2. Valérianate d'ammoniaque cristallisé bien neutre..... }
Extrait de valériane..... } àà 3 grammes
Na Br..... }
K Br..... }
Az H⁴ Br..... }
Eau distillée..... Q. S. pour 100 —
Filtrez. — Une à deux cuillerées à café.

3. Valérianate d'ammoniaque cristallisé..... } àà 0 gr. 05
Oxyde de zinc..... }
Extrait de jusquiame..... }
Par pilule. — Une à trois par jour.

Prophylaxie, diététique, hygiène, — On recommandera au malade d'éviter les émotions, la fatigue cérébrale, le travail trop longtemps continué, les efforts violents ou brusques, la montée sur des escaliers ou des échafaudages pour éviter les chutes, enfin toutes les causes de vertiges. Eviter les douches froides et les bains, se contenter d'ablutions tièdes. Pas de massage, mais des simples frictions alcooliques au gant de crin.

Ne pas fumer et fuir la fumée de tabac. Abstention de liqueurs et de thé (le café étant permis). Dans l'alimentation, éviter les viandes faisandées, les conserves alimentaires, les fromages faits, les poissons de mer, insister sur les laitages, les légumes, les viandes blanches.

Ce qu'il ne faut pas faire : ne pas donner de digitale, d'ergot de seigle, ni aucun médicament vasoconstricteur.

(1) Nous remercions vivement notre ami M. Guillaumin de nous avoir depuis longtemps aidé pour l'élaboration de ces formules définitives.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme

Accidents de la médication thyroïdienne. — Contre-indications. — L'opothérapie thyroïdienne est une méthode d'une grande activité et qui demande à être employée avec la plus grande prudence, surtout chez les enfants, qui y sont particulièrement susceptibles et chez lesquels on peut voir très rapidement se produire des signes d'intoxication plus ou moins graves auxquels on a donné le nom de thyroïdisme.

Les symptômes circulatoires sont souvent les premiers qui se manifestent et qui témoignent de l'imprégnation de l'organisme. On observe tout d'abord une augmentation des pulsations, puis la tachycardie s'installe à mesure que l'intoxication progresse ; Huchard, Béclère, Mossé ont montré qu'on pouvait avoir jusqu'à 160 pulsations par minute. On devra donc toujours surveiller le cœur tous les jours et avec le plus grand soin; dès qu'on constatera cette accélération du pouls, on diminuera les doses et, si tout ne rentre pas dans l'ordre, on suspendra tout à fait le médicament. Il y a, en effet, un très grand danger à continuer le traitement dans ces conditions, car on pourrait observer des cas de mort par syncope. Les exemples de cette complication terrible sont aujourd'hui assez nombreux. On se souviendra également qu'il se fait chez les individus ainsi traités une sorte d'accumulation du médicament, que, par suite, on devra escompter les effets postérieurs à la cessation connus pour la digitale, et aussi les accidents possibles même après cette cessation.

Les individus soumis au traitement thyroïdien éprouvent aussi dans le début de la céphalée, de la courbature, des douleurs vagues dans les membres, des nausées, des vomissements, et lorsque l'intoxication s'accentue, on note de l'insomnie et une agitation cérébrale excessive.

Il convient donc d'user de la plus grande prudence quand on administrera du suc thyroïdien. On sait que chez les animaux privés de leur corps thyroïde, il se produit assez rapidement des altérations rénales et hépatiques, de la dégénérescence graisseuse de ces organes causée par l'action des toxines qui imprégnent le sang et tous les tissus. Or, sous l'influence du traitement thyroïdien, toutes ces toxines vont se précipiter vers les émonctoires et si le rein et le foie sont insuffisants, elles seront résorbées au lieu d'être éliminées, d'où des accidents graves d'intoxication Il faudra donc agir très lentement, tâter pour ainsi dire la susceptibilité de chaque enfant, ne donner tout d'abord que des doses minimes que l'on augmentera alors progressivement mais doucement, en ayant soin de surveiller tous les jours les urines, et d'examiner le cœur avec attention. Chez les enfants, l'état du cœur, le plus souvent sain, permettra d'agir avec plus de sécurité ; toutefois, si la surcharge graisseuse ou une maladie antérieure avait produit de l'affaiblissement du myocarde, il y aurait lieu de s'abstenir ou, en tous les cas, de redoubler de prudence et de circonspection. S'il n'y a que de la surcharge graisseuse du cœur sans myocardite, comme chez la plupart des obèses, ce ne sera pas une contre-indication. Si l'on avait affaire à un sujet dont le rein serait adultéré, il faudrait s'abstenir, car on risquerait d'amener des accidents d'intoxication des plus graves, cet organe faisant très rapidement faillite dans ce cas.

Chez les enfants, les voies digestives sont très susceptibles et souvent en mauvais état ; on devra. avant d'entreprendre le traitement mettre le tube digestif en état ; car, autrement, on verrait très rapidement se manifester les accidents du thyroïdisme.

Dans la production des accidents du traitement thyroïdien, il faut encore tenir compte de la forme sous laquelle le médicamen test administré, car suivant les cas, il possède une action très inégale. Ainsi, par exemple, l'âge de l'animal qui a fourni la glande a une certaine importance ; on sait, en effet, qne la glande thyroïde étant un organe de croissance, son activité fonctionnelle doit varier avec l'âge et être plus grande chez l'animal jeune que chez l'animal adulte. Il convient donc de demander aux fabricants de préparations thyroïdiennes, non seulement de bien doser leurs produits, mais surtout de nous indiquer à quelles sources ils les ont puisés, et s'ils se sont adressés à des animaux jeunes ou adultes : cette indication sera portée sur les flacons contenant le produit. Nous avons le regret de constater que, du moins, à notre connaissance, cette précaution n'a jamais été suffisamment prise.

Quand on prescrira de la glande fraîche à un malade, on ne devra jamais se contenter de dire qu'on doit donner un lobe, un demi-lobe, un quart de lobe. Le « lobe » ne peut être adopté comme unité de mesure thérapeutique, car suivant les animaux il y en a qui pèsent 5 à 6 grammes et d'autres moins d'un gramme. On spécifiera donc toujours exactement en grammes ou centigrammes la dose qu'on devra administrer.

Enfin, on a pu observer des accidents de thyroïdisme avec des préparations anciennes, mal préparées et altérées. Lanz, de son côté, a trouvé dans les préparations anglaises un bacille qui lui paraît être celui de l'œdème malin ; de plus, il a observé que la même malade, qui ne pouvait supporter deux tablettes anglaises, prenait facilement 5 gr. de glande thyroïde fraîche.

(1) Suite et fin : Voir *Journal des Praticiens*, n° 39. Résumé du rapport de M. Ausset au Congr. de Nantes, 1901.

Digitized by Google

Il convient donc d'attirer encore l'attention des fabricants de produits thyroïdiens sur la nécessité de nous donner toujours des produits frais et parfaitement aseptiques. Nous émettons le vœu que la date de la préparation soit inscrite en grosses lettres sur l'étiquette des flacons.

En résumé, on devra donc toujours surveiller étroitement tout enfant soumis au traitement thyroïdien, interrompre ou diminuer les doses au moindre signe de thyroïdisme, mettre le malade dans un repos relatif qui deviendra absolu si les accidents se montrent, insister énergiquement sur les diurétiques et désinfecter de temps à autre le tube digestif avec le calomel, ce qui aura pour avantage d'exciter en même temps le fonctionnement du foie. On a préconisé l'arsenic à titre préventif et curatif pour ces accidents de thyroïdisme (Mabille, th. de Lille).

Mode d'administration. — Posologie. — Au mois de janvier 1899, M. François Franck signalait à l'Académie de médecine les abus de l'opothérapie thyroïdienne et les résultats désastreux qu'ils pouvaient déterminer et il terminait par ces paroles que nous nous faisons un devoir de citer au commencement de ce chapitre : « Les produits thyroïdiens, sous quelque forme qu'ils se présentent, sont des produits toxiques ; à ce titre, ils doivent être rangés dans la catégorie des remèdes dangereux que, seul, le médecin peut prescrire en en surveillant l'emploi, et dont la vente libre doit être désormais interdite. » Il est certain que l'emploi irraisonné du corps thyroïde est bien autrement dangereux que l'emploi des sérums que l'on a réglementés. Nous sommes surpris que les pouvoirs publics n'agissent pas contre ces industriels qui, dans des journaux de mode, poussent à la consommation des produits thyroïdiens les femmes atteintes d'obésité. Il y a là un grave danger.

On ne devra donc jamais prescrire le corps thyroïde qu'à bon escient et n'employer que des produits dont on connaîtra la valeur.

La méthode par ingestion est aujourd'hui à peu près la seule usitée. On peut s'adresser ou à la glande fraîche absorbée en nature, ou à des préparations pharmaceutiques, extraits aqueux ou glycérinés contenant les principes actifs de la glande, ou glande desséchée en tablettes, pilules, etc.

Chez les enfants, les préparations pharmaceutiques sont seules utilisables.

Principes actifs. — La thyroïdine, la thyro-antitoxine, l'iodothyrine, sont les trois substances que l'on a opposées dans ces dernières années aux préparations sèches du corps thyroïde. La thyroïdine de Vermehren est un précipité alcoolique de l'extrait glycériné, contenant une certaine quantité d'iode. La différence de composition entre la thyro-antitoxine de Frankel et l'iodothyrine de Baumann résulte simplement de la présence de l'iode dans cette dernière.

Il ne semble pas que les principes actifs aient bien fait leurs preuves thérapeutiques dans la pratique. C'est l'iodothyrine qui a été le plus employée; on la prépare en pharmacie incorporée avec du sucre de lait, dans une proportion telle que 1 gramme du mélange contienne 0 milligramme 3 d'iode; on l'administre en nature ou sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 25 de poudre. On peut en donner autant qu'on ordonnerait de glande fraîche, c'est-à-dire qu'on commencera par 0 gr. 25 par jour, pour, après avoir tâté le sujet, augmenter jusqu'à 0 gr. 50 et même 1 gramme, si le médicament est bien toléré. Comme préparation pharmaceutique, nous ne connaissons que *l'iodothyrine de Bayer* et la *thyroïdin extract.*

Préparations sèches. — Les préparations sèches sont obtenues par le dessèchement de la glande que l'on réduit ensuite en poudre et qui peut être administrée soit en pilules, soit en pastilles, bonbons, tablettes ou comprimés.

L'inconvénient de ces préparations réside dans ce fait que l'on ne sait jamais exactement combien de glande fraîche représente un poids donné de poudre. Il est donc important de bien connaître, quand on prescrira une marque quelconque, la quantité exacte de glande contenue dans chaque tablette ou pastille, et l'on devra mettre en garde les malades contre un changement de marque, les doses de glande fraîche étant souvent différentes suivant les fabricants. D'autre part, on aura le soin de ne se servir que de produits parfaitement stérilisés et de préparation récente; ils s'altèrent en effet très vite et peuvent donner naissance à des accidents d'intoxication analogues au botulisme (Lanz, Mossé). Nous croyons devoir signaler comme une bonne préparation les bonbons thyroïdiens Moncour, qui semblent faits avec grand soin et avec lesquels nous n'avons eu aucun accident. Ces bonbons sont dosés à 5 centigrammes de glande fraîche; nous avons adopté, avec eux, la pratique suivante pour les enfants : nous commençons par deux bonbons par jour, au bout de quatre jours, nous passons à trois, puis quatre jours après, s'il ne s'est produit aucune apparence d'accident, nous passons à quatre. Nous n'avons pas dépassé cette dose, soit 20 centigrammes de poudre fraîche par jour. On pourrait cependant la dépasser en observant bien son malade, et en le surveillant minutieusement; tout cela est affaire d'individualités. Au bout d'un mois de traitement, on fera reposer pendant cinq à six jours; puis on reprendra la médication pendant un nouveau mois en commençant par les mêmes doses que la première fois.

On devra d'ailleurs, comme pour tous les médicaments, proportionner les doses à l'âge, et il est évident que chez un enfant de 15 ans, on pourra, sans inconvénient, croyons-nous, arriver progressivement à la dose de 1 gramme de glande fraîche par jour. Mais on n'oubliera pas que les enfants sont d'une sensibilité particulière à la médication thyroïdienne, comme d'ailleurs à toutes les autres médications; d'autre part, ils présentent de grandes différences

Digitized by Google

entre eux dans leurs modes de réaction et des susceptibilités particulières véritabfement surprenantes. Bourneville, Marfan, Regis, Arnozan et Baumel ont cité des cas très démonstratifs à ce sujet; tantôt, on arrivait à donner des doses relativement fortes sans obtenir non seulement aucun accident, mais encore sans avoir aucune rétrocession des symptômes contre lesquels la médication était dirigée; tantôt avec des doses minimes on observait, chez des sujets de même âge, des accidents d'intoxication nécessitant la suspension du traitement; ainsi MM. Regis et Arnozan ont signalé des accidents de thyroïdisme avec un quart de tablette, avec une demi-tablette; Marfan (cité par Mossé) a constaté les mêmes accidents avec 1/4 et même 1/8 de tablette anglaise, avec une fraction encore moindre de glande fraîche chez un enfant de trois ans.

On ne saurait donc trop recommander la prudence quand on prescrit le corps thyroïde à un enfant; on agira comme avec les médicaments les plus toxiques; on commencera toujours par des doses très faibles, et nous estimons qu'il n'y a aucun inconvénient à ne jamais dépasser la dose de dix centigrammes de glande fraîche par jour, comme dose initiale. Les tablettes, les comprimés, les bonbons sont la meilleure forme à adopter pour faire accepter le médicament; on ne peut songer, chez les enfants tout jeunes, à faire accepter les pilules ou les cachets.

Nous signalerons en terminant, un mode de conservation de la poudre thyroïdienne desséchée : « Cette poudre se conserverait parfaitement dans des flacons quelconques, à condition qu'il y ait dans ces flacons, au-dessus de la poudre, des vapeurs de formol, ce qu'il est facile d'obtenir en faisant tomber de temps en temps quelques gouttes de formol sur un linge entourant le bouchon. (Viala.)

CLINIQUE MÉDICALE

De l'albuminurie considérée au point de vue de l'assurance sur la vie

Par le Pr B. J. Stokvis

Médecin en chef de la « Mutual Life Insurance Company of New-York » (Amsterdam).

L'homme complètement normal n'existe pas. Chaque homme vivant a sa tare, la durée probable de la vie d'un individu donné n'a pu se faire qu'en prenant pour point de départ des chiffres représentant un dénombrement des masses d'hommes vivants.

L'albuminurie est une tare pathologique. Il n'y a donc pas d'albuminurie physiologique.

Quels sont les risques de cette tare? Voilà la question. Est-ce que cette tare est la manifestation d'un état anormal persistant ou passager qui ne porte atteinte à la durée moyenne de la vie que d'une manière aussi peu sensible qu'une tête chauve, qu'une conjonctivite chronique, etc. Ou bien, est-ce la manifestation d'une affection ou, tout au moins, d'une débilité des reins, et les reins étant des organes absolument indispensables, cette manifestation constitue-t-elle un risque tellement taré que l'on ne saurait l'admettre?

Il y a albuminurie et albuminurie. Il faut d'abord distinguer les albuminuries extrarénales d'avec les albuminuries rénales. Elles n'ont rien à voir avec une lésion des reins. Celles-ci sont des risques parfaitement acceptables. La statistique mortuaire des assurés sur la vie par la « Mutual » pendant cinquante-six ans, a montré que, parmi un total de 44,988 décès, 716 seulement étaient dus à des maladies de la vessie et de la prostate. Le pourcentage n'est donc que 1.50 p. c., et la grande majorité des décès ne surviennent qu'après la soixantaine et que les 1.50 p. c. sont répartis de la manière suivante : 0.21 p. c. au-dessous et 1.29 p. c. au-dessus de soixante ans.

Comment distinguer les albuminuries extrarénales des albuminuries rénales? En premier lieu, par leur caractère transitoire, intermittent, passager. Cependant, il y a des albuminuries rénales qui présentent le même caractère. Il faut donc, en outre, un examen microscopique exact, qui nous apprenne si l'urine contient des éléments figurés, provenant du sang, du pus, des muqueuses des voies urinaires, des spermatozoaires, des filaments muqueux, etc., et si elle est exempte de cylindres rénaux. Habituellement, on se contente de l'examen chimique, et l'albuminurie étant un « cas pendable », on refuse la proposition.

Est on assez pénétré du fait, que le *plus grand nombre des albuminuries dites physiologiques ne sont que des albuminuries extrarénales?*

Je m'en rapporte aux recherches de M. le Dr Zeehuisen, qui a examiné les urines de 144 conscrits dirigés sur l'hôpital pour subir un examen ophtalmologique. Parmi ces 144 jeunes gens, il y en avait 21, dont l'urine était indubitablement albumineuse. Elle contenait plus que des traces d'albumine. Dans 13 de ces cas l'albuminurie était extrarénale, à l'examen microscopique l'on pouvait constater la présence de corpuscules rouges du sang, de leucocytes, de cellules épithéliales, de filaments muqueux, de spermatozoaires, et l'absence totale d'éléments rénaux. Le pourcentage des albuminuries extrarénales atteint dans les recherches de Zeehuisen le chiffre considérable de 60 p. c. Ce chiffre est encore dépassé par celui de van Noorden. Cet auteur a constaté 154 fois la présence d'albumine dans les urines de soldats bien portants, mais 106 fois l'urine contenait en même temps de la mucine, de la nucléoalbumine, et des éléments microscopiques des voies urinaires inférieures. Le pourcentage des albuminuries extrarénales était donc de 68 p. c. Le pronostic de ces cas est des plus favorables. Flensburg a eu l'idée de renouveler l'examen des urines des soldats, qu'il avait trouvées albumineuses, après deux ans de service. Chez la plupart toute trace d'albumine avait disparu. Chez aucun d'eux il ne s'était développé ni albuminurie persistante, ni d'autres symptômes d'une affection des reins.

L'on m'a présenté comme néphrites aiguës chez des

Digitized by Google

jeunes filles, des jeunes femmes et chez des hommes qui n'étaient autre chose que des hématuries légères, provoquées par des concrétions rénales. L'examen microscopique des urines dissipait d'un seul coup les erreurs de diagnostic Il faut toujours envisager l'ensemble des symptômes, et ne jamais conclure d'après un seul symptôme. L'importance que l'on attache à l'albuminurie est encore toujours trop grande et l'opinion erronée que l'albuminurie et la néphrite sont des états identiques hante encore trop l'esprit.

En négligeant l'examen microscopique des urines et en refusant sans appel les individus dont l'urine est albumineuse, vous renoncez à des risques parfaitement admissibles, car je suis parfaitement d'accord avec Teissier quand il déclare l'exclusion des proposants albuminuriques de l'assurance sur la vie illogique, injuste et cruelle.

Abstraction faite des mesures de précaution contre les fraudes, pourquoi se contenter de l'examen d'un seul échantillon ?

Je préfère toujours examiner non seulement l'échantillon émis en présence du médecin, mais aussi une portion émise le soir avant le coucher et une autre émise le matin, après le lever.

Pour distinguer les albuminuries rénales des extrarénales, Pizzini recommande de séparer la globuline de la sérine. Toutes les fois que l'urine ne contient que de la globuline, il croit avoir affaire à une albuminurie extrarénale. Je considère cette assertion comme très peu fondée. La prédominance de la nucléoalbumine me semble un signe plus certain de l'albuminurie extrarénale. Les méthodes chimiques sont moins sûres que l'examen microscopique centrifugé. N'oubliez pas que le cathétérisme peut vous procurer une urine provenant directement de la vessie.

Abordons maintenant les albuminuries rénales, déterminées par une affection permanente ou passagère des reins. Il y a lieu de les distinguer, d'après l'état réparable ou irréparable des reins, en *albuminuries rénales organiques* déterminées par les affections irréparables et permanentes, et en *albuminuries rénales fonctionnelles*, déterminées par des affections réparables et passagères. Les albuminuries rénales organiques doivent être considérées comme inacceptables. Dans la statistique mortuaire des assurés de la Mutual, les maladies de Bright et les néphrites, la pneumonie, les maladies du cœur, l'apoplexie et la tuberculose, sont les cinq maladies qui ont causé presque la moitié de la totalité des décès. Ce qui est de la plus haute importance, c'est le fait que la mortalité au-dessous de soixante ans chez des hommes sans tare est presque deux fois plus grande que la mortalité au-dessus de cet âge.

TABLEAU

Néphrite et maladie de Bright

Proportion en p. c. à la *totalité* des décès :	*Au-dessous* de 60 ans :	*Au-dessus* de 60 ans :
6.70 p. c.	4.6	2.10

A quels signes reconnaîtra-t-on les albuminuries rénales organiques, provoquées par des affections irréparables des reins ?

En premier lieu par leur caractère permanent. Cette permanence en est un indice, non la preuve. D'abord parce qu'il est presque impossible de s'entendre sur le laps de temps nécessaire pour parler de permanence. Mais en second lieu, parce qu'il y a des albuminuries énigmatiques qui persistent pendant des années, sans que la santé en souffre, qui revêtent le caractère fonctionnel.

J'en ai vu moi-même au moins une dizaine. Un cas des plus frappants est le suivant :

1° Obs. I. — Un officier supérieur de l'armée Indo-Néerlandaise, âgé de quarante ans, après des fatigues extraordinaires, se sent un peu indisposé, se plaint de mal de tête ; son urine est examinée. Elle est albumineuse. Après une huitaine de jours, le malade veut reprendre son service Le médecin militaire le lui défend, parce que l'albuminurie n'a pas cessé. L'albuminurie continue pendant des semaines, des mois. Retourné dans sa patrie, il est examiné à nouveau. Toujours de l'albuminurie, pendant quelques années. Sa santé est excellente, il n'a aucune tare appréciable que cette albuminurie. Son albuminurie persista pendant sept ou huit années, sans lui ôter rien de sa vigueur ni de sa santé, quoiqu'elle fut d'origine rénale franche, vu la présence de cylindres rénaux et l'absence d'autres éléments figurés.

2° Obs. II. — Homme de quarante-huit ans, marchand fortuné, père de huit enfants, modèle de vigueur et de santé ; le hasard seul fit découvrir l'albuminurie, d'origine absolument obscure, franchement rénale. Son urine contient des cylindroïdes excessivement longs, que je me garderais bien d'attribuer à une exsudation des reins. Coït interrompu.

3° Obs. III. — Jeune homme de vingt et un ans, dans l'enseignement, fils de pauvre gens, jeune homme en pleine santé, ne présentant aucune tare, qui à force de travail et de zèle a su conquérir son diplôme à un âge très jeune, mais dont l'avenir plein de bonnes promesses vient de se briser contre l'écueil imprévu d'une albuminurie permanente, qui empêche sa nomination officielle.

Ce n'est pas seulement chez des hommes que l'on observe ces albuminuries, on les observe aussi chez des femmes. L'intensité de l'albuminurie n'est influencée ni par la nourriture, ni par la digestion, ni par les fatigues corporelles, mais semble un peu sous la dépendance de la circulation sanguine.

Je n'hésite pas à considérer ces cas comme des risques acceptables. Ce conseil s'appuie sur l'expérience qui m'a fait connaître quelques-uns de ces cas, dans lesquels l'albuminurie a disparu tout à fait après trois ou quatre ans, et et surtout sur les communications du Dr Brandreth Symonds, qui s'informa de la santé de quarante-quatre individus, refusés dans le cours des années 1876-1879 par les médecins de la « Mutual » à cause d'albuminurie. La

Digitized by Google

majorité des proposants (68 p. c.) étaient encore en vie, dix d'entre eux (22 p. c.) ont été admis à l'assurance sur la vie.

La permanence ne peut donc pas compter à titre de signe certain auquel on peut reconnaître l'albuminurie rénale organique. Les signes certains sont ceux qui prouvent l'existence d'une affection irréparable des reins. Ce sont :

Du *côté des reins :* des altérations de la diurèse, des polyuries et des pollakiuries (la présence de cylindres rénaux), etc. Du *côté du cœur* : hypertrophie, dilatation Du *côté des artères :* endartérite (artériosclérose). Du *côté des yeux :* rétinite hémorrhagique. Du *côté du système nerveux :* symptômes urémiques Du *côté de la peau :* œdèmes, exanthèmes.

Lorsqu'un examen rigoureux ne fait découvrir aucun de ces symptômes, l'existence d'une affection irréparable des reins est improbable, nonobstant la présence de l'albumine dans l'urine. *L'admissibilité des albuminuriques ne dépend ni du caractère intermittent, passager, ni du caractère permanent de l'albuminurie, mais des symptômes morbides qui l'accompagnent.*

Passons maintenant aux albuminuries rénales, fonctionnelles, symptomatiques. Elles sont le plus souvent passagères, mais leur durée est très variable. Dans leur pathogénie, c'est l'élément toxique qui prédomine. Dans la majorité des cas, cet élement ne suffit pas, mais l'élément thermique ou un autre élément pathogénique vient prêter son concours. Dans les cas d'intoxication par un poison introduit de dehors (par application interne ou externe) ce sont les tares de l'intoxication qui règleront notre conduite, l'albuminurie ne fera que les aggraver. Pour les albuminuries symptomatiques de l'auto-intoxication, c'est essentiellement la même chose. L'arthrite urique, le diabète sucré, l'ictère, seront jugés d'après le degré de viciation de l'organisme. La même règle s'applique aux albuminuries symptomatiques des troubles de la digestion, déterminées par les acides sulfo-conjugués, ou plutôt par les substances mères dont ils dérivent : indol (phénol), aux albuminuries, auxquelles Teissier a donné le nom d'albuminuries hépatiques et à celles décrites par Albert Robin comme concomittantes de la phosphaturie. Les plus importantes me semblent être celles causées par le surmenage dues aux produits de désassimilation. Elles sont une manifestation d'une vulnérabilité plus grande, d'une méiolexie de l'organisme, qui se dérobe tout à fait à l'examen ordinaire du médecin-examinateur, mais qui pourtant influence sensiblement les risques.

Les albuminuries rénales infectieuses ne se présenteront pas à l'examen pour l'assurance pendant l'existence de la maladie fébrile ; si elles se présentent après le retour à la santé, leur admissibilité dépendra des symptômes concomittants. Il ne faut pas faire trop de cas de la présence ou de l'absence des cylindres rénaux. Le médecin fera mieux de diriger toute son attention vers l'état de la diurèse, l'état du cœur, etc. S'il ne reconnaît aucune tare de ces côtés il pourra accepter le risque. C'est surtout l'histoire de la scarlatine, qui nous enseigne qu'une néphrite aiguë peut se prolonger, qu'elle peut disparaître en laissant après elle une sensibilité exagérée des reins, et qu'à la fin elle peut guérir sans qu'il en reste la moindre trace.

Quant aux albuminuries rénales infectieuses ascendantes, s'il s'agit de la tuberculose, le diagnostic à l'aide de l'examen bactériologique n'est pas difficile. Quant à la gonorrhée, Goldberg et Sterling ont récemment émis l'opinion que dans 12-14 % des cas la gonorrhée donne lieu à une albuminurie rénale. Je ne conteste nullement la présence d'une albuminurie dans ces cas, mais je ne puis admettre que cette albuminurie soit rénale. Les arguments qu'ils mettent en avant pour prouver l'origine rénale : le manque de proportionnalité entre la quantité d'albumine et celle du pus dans l'urine, le fait qu'une simple infiltration suffit à enlever l'albumine à une urine purulente, me semblent excessivement pauvres. Les leucocytes se conservent parfaitement dans des solutions isotoniques, qu'ils ne perdent leurs substances chimiques constituantes que dans des solutions hypotoniques. La teneur en albumine d'une urine purulente n'est ni plus ni moins que l'indice de sa concentration moléculaire. On ne pourra conclure à l'existence de cette dernière que lorsque des symptômes se produisent qui dénotent une affection des reins.

Arrêtons-nous un moment aux albuminuries rénales fonctionnelles, déterminées par des troubles de la circulation sanguine dans les reins. Peu d'organes sont aussi sensibles aux variations sanguines que les reins. Un ralentissement du sang suffit à y provoquer des troubles fonctionnels, qui reconnaissent comme cause primaire l'appauvrissement du sang en oxygène et sa surcharge en acide carbonique et autres substances à réaction acide. Voilà pourquoi j'ai classé l'albuminurie déterminée par la stase veineuse ou par l'ischémie artérielle à côté des albuminuries toxiques. Toutes les albuminuries cardiaques appartiennent à ce groupe et parmi les albuminuries rénales fonctionnelles, elles sont les plus fréquentes. Elles peuvent occasionner des lésions permanentes des reins, mais le plus souvent ces albuminuries sont passagères et disparaissent. Elles sont subordonnées aux maladies de cœur dont elles relèvent. Les albuminuries cycliques ou mieux orthostatiques, rentrent presque toutes dans le cadre des albuminuries cardiaques. Etudiez ces albuminuries orthostatiques, presque l'apanage exclusif des adolescents masculins, comme la chlorose est l'apanage des jeunes filles, vous trouverez presque toujours un élément cardiaque : dilation du cœur, fréquence du pouls, palpitations du cœur, anémie, etc. Ce n'est pas la faiblesse du cœur seule, combinée avec la station, qui les détermine. D'autres causes interviennent : une infection antérieure, une intoxication des tares héréditaires, etc.

N'excluez pas les albuminuries cycliques dont le pronostic en général est très favorable.

Digitized by Google

Conclusions. — 1° Un grand nombre d'albuminuriques sont parfaitement admissibles à l'assurance sur la vie.

2° Leur admissibilité ne dépend ni du caractère permanent, ni du caractère transitoire de l'albuminurie, mais des symptômes morbides qui l'accompagnent.

3° Le risque des albuminuries rénales organiques semble jusqu'ici inacceptable pour les compagnies d'assurances sur la vie.

4° Dans chaque cas d'albuminurie il faut exiger absolument un examen microscopique des urines, ceci afin de ne pas confondre des albuminuries rénales avec des albuminuries extrarénales.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement intensif du cancer par le cacodylate de soude

Par le Dr Arthur Mercier

L'emploi, par voie hypodermique, du cacodylate de soude, à doses progressivement croissantes, pendant dix-huit mois, dans un cas de cancer, datant de cinq ans, nous a paru utile à relater. La dose de soixante-quinze centigrammes a été atteinte, sans donner lieu à aucun accident toxique.

Inspiré par les travaux du Pr Gautier sur l'acide cacodylique et frappé des résultats heureux obtenus par Danlos dans diverses dermatoses, j'eus l'idée en août 1899, alors que la médication cacodylique venait d'entrer dans la pratique médicale, de l'appliquer dans un cas de cancer.

Il s'agit d'une demoiselle, âgée de 49 ans, atteinte d'un cancer au sein gauche, datant de cinq ans environ, qui avait été opéré deux fois, en décembre 1895 et en mars 1897. Peu de temps après, le néoplasme envahissant se propagea successivement à la plèvre, dans la région scapulo-humérale du côté gauche, s'étendant assez bas en arrière et à la partie latérale gauche du thorax. Le membre supérieur gauche présentait un œdème, dur, considérable, et le bras mesurait à sa partie médiane 45 centimètres.

La région pectorale gauche présentait une grande cicatrice, à la surface de laquelle existaient de petites ulcérations dont quelques-unes saignaient légèrement et desquelles s'écoulait un liquide sanieux. Cette cicatrice, très adhérente aux tissus sous-jacents, extrêmement dure, donnait au doigt la sensation du cuir; elle présentait, en son milieu, une dépression oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La malade, du reste, en souffrait beaucoup, disant qu'elle se sentait serrée par un cercle de fer au côté gauche de la poitrine. Il y avait de temps en temps un peu de dyspnée. A la percussion, on notait de la matité dans toute l'étendue du poumon gauche et à l'auscultation, un bruit de frottement, un souffle pleurétique en *i* et de l'égophonie.

La malade, découragée, avait cessé tout traitement. Toute la gamme des médicaments en pareil cas fut conseillée : l'arsenic, en particulier, ne put être toléré longtemps par l'estomac et donna lieu, bien vite, à de la dyspepsie ; la morphine, seule, était continuée matin et soir. La malade avait le dégoût des aliments, était très amaigrie et émaciée...

C'est dans cet état que, la première fois, je la vis le 19 août 1899. Une consultation chirurgicale étant demandée, la malade refuse. Je conseille alors des injections hypodermiques de cacodylate de soude; la morphine, contre les douleurs et l'insomnie, est continuée matin et soir, à la dose de 1 centigramme; un pansement sec est fait, tous les deux jours, avec application d'eau oxygénée contre l'odeur fétide des ulcérations cancéreuses.

Je commence les injections de cacodylate de soude à la dose de 0,05 centigr. et tous les vingt jours, environ, j'augmente progressivement d'une égale dose. La période de suspension du médicament variait de sept à dix jours suivant l'état de la malade.

Quinze jours après le début du traitement, l'appétit renaît, les forces se relèvent et la malade fait une courte promenade en landau. Mais il n'y avait pas d'amélioration sensible relativement à la pleurésie, et la dyspnée continuait, l'état général restant bon.

En octobre 1899, M. le Pr Proust, appelé en consultation, approuva la médication prescrite, et l'on décida la malade à prendre l'avis de M. Tuffier qui nous confirma l'utilité d'une intervention. Le 9 novembre 1899, une incision partant un peu au-dessous du milieu de la clavicule gauche, légèrement inclinée en dehors, coupait à angles très aigus le milieu de la dépression de la cicatrice dont elle comprenait toute l'épaisseur ; les bords de cette incision furent détachés de leurs adhérences et écartés l'un de l'autre ; une thoracentèse donna issue à deux bons litres d'un liquide légèrement teinté de sang. Cette opération soulagea la dyspnée ; les douleurs, très vives au niveau de la cicatrice, disparurent. Les suites opératoires furent bonnes.

Pendant les dix jours qui suivirent l'opération, les injections de cacodylate de soude furent suspendues, puis reprises en augmentant progressivement la dose, et j'arrivai au dix-huitième mois de traitement, d'août 1899 à février 1901, à injecter 0,75 centigr. du médicament dissous dans 5 cc. de sérum artificiel. J'ajoute qu'à aucun moment, je ne constatai d'intoxication ni d'indices de saturation.

Sous l'influence de la médication cacodylique, le travail de la cicatrisation semble plus actif, la plaie n'exhale plus d'odeur fétide, les ganglions sus-claviculaires et du cou atteints par le néoplasme, se résolvent en partie. La malade a de l'appétit, de l'entrain, sort tous les jours en voiture ; les mictions sont plus fréquentes, l'urine plus claire. Les douleurs étant nulles ou presque nulles, la morphine est donnée en diminuant graduellement la dose, puis, sur la demande de la malade elle-même, on cesse pendant deux mois.

Il semble que chez cette malade, sur la pente de la morphinomanie, les bons effets dus au cacodylate de soude qui, remplissant l'office d'un spécifique et exerçant une action rétrograde sur l'évolution néoplasique, ait eu une action réelle sur le morphinisme.

Quand je suspends le cacodylate de soude, au bout de dix jours, souvent même sept, la malade perd son appétit,

Digitized by Google

devient triste, ses mictions sont moins fréquentes, les urines se troublent et la fétidité de la plaie reparaît.

Au cours de ce long traitement, M. Tuffier vit plusieurs fois la malade et fit trois nouvelles thoracentèses. Les deux premières ponctions donnèrent peu de liquide, la première légèrement teintée de sang ; la troisième et dernière, faite en juin 1900, fut blanche. Vers cette époque, M. Tuffier fit également au bras et à l'avant-bras gauches, très œdématiés, des mouchetures qui déterminèrent un notable soulagement. Bientôt la malade n'accepta que très difficilement dans les derniers mois de l'année 1900 et au commencement de 1901, les injections hypodermiques de cacodylate de soude malgré le bon état général. Enfin, le 8 février dernier, je lui fis, pour la dernière fois, une injection à 0 gr. 75. Je cessai de voir la malade, et j'appris qu'elle avait succombé le mois dernier.

Je ne connais pas d'exemple, et ne pense pas qu'il en existe, où le cacodylate de soude ait été prescrit à une dose aussi haute que 0 gr. 75, par voie hypodermique. La dose-limite, sous cette forme, dans les dermatoses, semblait être de 0 gr. 40. A aucun moment, il n'y a eu de phénomènes d'intolérance. Les résultats, m'en ont paru assez satisfaisants pour mériter d'être signalés.

VARIÉTÉ

Deuxième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances

Ce congrès qui s'est tenu à Amsterdam, sous la présidence de M. le Dr Van Geuns, du 23 au 26 septembre vient de se terminer, après des séances bien remplies et des réceptions cordiales, par un vote qui nous est agréable, comme Français : c'est à Paris que doit avoir lieu le prochain congrès dans deux ans, c'est-à-dire en 1903.

Les questions traitées dans cette assemblée plénière, quoique étudiées dans le but spécial de l'admissibilité à l'assurance sur la vie, n'en comportent pas moins un intérêt tout particulier pour le médecin praticien puisqu'il s'agit, en somme, d'un chapitre de pathologie très important, de celui du pronostic.

Jusqu'ici, un grand nombre de Compagnies d'assurances sur la vie refusent systématiquement les sujets atteints d'une affection pathologique.

La caractéristique de ce Congrès a été de montrer que cet ostracisme, contraire à l'intérêt des candidats assurés, n'allait pas moins à l'encontre de celui des Compagnies.

Sur les 19 rapports portés au programme, au moins 8 ont pour sujet l'*admissibilité des risques tarés*.

Dans leurs discours, M. le bourgmestre van Leeuwen, M. le gouverneur de la Hollande septentrionale G. van Tienhoven ; M. le gouverneur de la Hollande méridionale J.-C. Patijn, principalement, ont insisté, dans des allocutions très fines, sur le rôle humanitaire et social de l'assurance lorsque l'admissibilité de ces risques tarés se généralisera.

On ne peut arriver à engager les Compagnies dans cette voie que par l'examen approfondi des sujets qui se proposent à l'assurance. Comme l'a fait ressortir M. Siredey, dans la discussion du rapport de M. le Pr Stokvis sur l'*albuminurie considérée au point de vue de l'assurance sur la vie* et dans son propre rapport sur l'*admissibilité des glycosuriques*, il faut ne commencer les tentatives que sur des bases sûres. Aussi, le Congrès a-t-il noté d'un côté le principe de l'admissibilité des risques tarés à l'assurance sur la vie et de l'autre le vœu que les Compagnies qui posséderaient déjà des statistiques à ce sujet veuillent bien les publier.

En effet, dans les risques tarés, albuminuriques, glycosuriques, par exemple, il est nécessaire pour avoir un terme de comparaison pour se référer non seulement de faire le diagnostic précis de l'albuminurie ou de la glycosurie, mais de la catégorie dans laquelle rentre l'albuminurie ou la glycosurie du préposé et d'établir pour chacune des catégories des tables mortuaires. Ces statistiques comparées aux tables mortuaires générales permettront seules aux sociétés de calculer les risques et partant la prime à fixer, puisque les moyennes obtenues indiqueront le pronostic moyen des différentes catégories de maladies.

Mais en attendant l'établissement de ces tables et le travail complet des actuaires, il est dores et déjà possible de poser quelques jalons. C'est ainsi qu'il résulte de la discussion du rapport de M. le Pr Stokvis que, en dehors des albuminuries rénales organiques dues aux néphrites, celles là inacceptables pour les compagnies d'assurances sur la vie, un certain nombre cependant d'albuminuries dites fonctionnelles seraient admissibles dans certaines conditions et avec certaines précautions.

De même pour les glycosuriques, M. Siredey conclut que sauf les diabétiques jeunes, jusqu'à 35 ans environ, ou maigres quelque soit l'âge, excepté pour le diabète d'origine nerveuse, qui sont à refuser, on pourrait accepter les diabétiques gras, mais non obèses, âgés de plus de 35 ans, moyennant une légère surprime. Ces déductions tirées du pronostic fourni exclusivement par l'observation clinique n'en ont pas moins une valeur indéniable.

Il en est de même pour les cardiaques qui, sauf les aortiques, pourraient peut-être ne pas être exclus en limitant l'assurance à l'âge de 50 ans, comme le propose M. le Dr E. Poëls (de Bruxelles) dans son rapport général sur les *risques tarés*.

Voici du reste la liste des autres rapports médicaux portés au programme et qui ont presque tous fournis matière à discussion scientifique.

De l'*artériosclérose*, par le Dr E. Moritz (St-Pétersbourg); la *syphilis* et l'assurance sur la vie par le Pr Salomonsen (Copenhague ; *Anomalies et maladies de la peau*, en matières d'assurances, par le Dr P. Grosse (Leipzig) ; la *femme*

Digitized by Google

au point de vue de l'assurance sur la vie, par M. le Dr A. Mahillon (Bruxelles); *mortalité pendant les premières années* de l'assurance, par le Dr R. Hingston-Fox (Londres); *habitudes alcooliques* au point de vue de l'assurance, par le Dr Dyce-Duckworth (Londres; *des tremblements*, par le Pr Wertheim-Salomonson (Amsterdam): des *reflexes*, par le Dr Crocq (Bruxelles); limites des signes, par le Dr G. Florschütz (Gotha); admissibilité des personnes ayant séjourné dans les *pays chauds*, par le Dr C.-L. van der Burg (Laag-Soeren); *l'appendicite*, par le Dr Weil-Mantou (Paris); les *hernies*, par le Dr J. Coert (La Haye); *infection des plaies*, par le Dr E. Poëls (Bruxelles); *otite moyenne*, par le Dr H. Burger (Amsterdam); affections oculaires, par le Dr de Lantsheere (Bruxelles); plus d'autres communications diverses très intéressantes.

Grâce aux très rares médecins français présents, grâce surtout à M. Siredey, qui a sans cesse été sur la brèche, la science française a pu faire bonne figure; mais il est regrettable que d'autres personnalités aient cru que leur grandeur les attachaient au rivage. Nos maîtres devraient vraiment être un peu plus article d'exportation. Le bon renom de la France ne s'en porterait pas plus mal, au contraire. Pour être à l'honneur, on doit être à la peine et, en l'occasion, la peine était doublée d'un suprême agrément.

H. Gillet.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement du prurit sénile. — Ayant remarqué que la peau des vieillards atteints de prurit chronique présentait un aspect de sécheresse particulière, Jaenicke, de Breslau, eut l'idée d'enlever les couches épidermiques superficielles. Il prit une brosse sèche très douce, et après un brossage de 10 à 20 minutes il put recueillir sur le drap une grande quantité d'une fine poussière composée de cellules épidermiques très altérées dans leur forme. *(Centralbl. f. innere Med.)* Après quelques jours de cette manœuvre la quantité des cellules desquamées diminue, et le prurit cessa également pour plusieurs jours. Quand il reparaissait, une nouvelle série de séances de brossages fut faite.

La sensation de la brosse douce n'est pas agréable au malade; il préférerait une brosse dure qui gratte; mais dès la fin de la première séance, le prurit cesse. Avec une brosse dure ce serait l'opposé.

Quand le résultat est obtenu on peut le faire durer par une onction de saindoux ou de la lanoline; la vaseline ne réussit pas. Le bain simple ne calme que pour quelques heures; le bain de son vaut mieux, parce que le son forme sur la peau une couche imperméable à l'air et évite ainsi la dessiccation des cellules épidermiques superficielles. — Bd.

BIBLIOGRAPHIE

Petite chirurgie de Jamain, 8e édition, par F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine, et M. Péraire, ex-assistant de consultation chirurgicale. 1 fort volume in-12 de 1000 pages avec 572 gravures, cart. à l'angl. 8 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Ce livre est le *vade mecum* des étudiants. Sa valeur pratique n'est plus à discuter. Cette huitième édition qui vient de paraître est mise au courant des progrès les plus récents de la chirurgie. MM. F. Terrier et M. Péraire, en le remaniant complètement sans conserver rigoureusement le plan tracé par Jamain, ont fait un livre tout à fait nouveau, ayant les caractères de simplicité et de clarté qui ont pendant si longtemps assuré son succès. A signaler tout particulièrement les chapitres réservés à *la méthode antiseptique et aseptique*, au *transport des blessés*, aux *appareils amovibles et inamovibles*, à *la greffe cutanée*, à *la gymnastique suédoise*, aux *sutures*, aux *injections sous-cutanées* et *intra veineuses de sérum artificiel*, à *l'asepsie des voies urinaires*. A signaler encore les chapitres consacrés à *l'anesthésie locale et générale*.

Ainsi remanié, ce livre que nous présentons au public médical, aura sans aucun doute le succès qu'il mérite.

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par MM. Le Dentu, prof. de clinique chirurgicale, et P. Delbet. Tome I (deux volumes) chez Baillière, éditeur.

Ce dernier volume, qui comprend deux fascicules, est consacré aux maladies du testicule, aux affections des organes génitaux de la femme et aux maladies des membres; c'est dire toute son importance, cette partie de la pathologie chirurgicale étant une des plus utiles à connaître pour le praticien.

Nous ne pouvons donner une analyse détaillée; nombre de chapitres sont intéressants à lire, le nom seul de leurs auteurs, Sébileau, Schwartz, Le Dentu, Mauclaire, Pichevin, les recommandent.

Consultations de gynécologie, par le Dr De Rouville, agrégé à Montpellier, préface de G. Lucas-Championnière. 1 vol. de 250 pages, chez Baillière, éditeur.

Après les consultations médicales de M. Huchard, les consultations chirurgicales de MM. De Rouville et Braquehaye, voilà un nouveau volume de *consultations gynécologiques* conçu dans un excellent esprit.

Le livre de M. de Rouville est une œuvre très personnelle et très documentée. Il traite de toutes les questions opératoires avec une compétence parfaite et avec une grande clarté. Citons au hasard quelques-unes des consultations: aménorrhée, bartholinites, cancer du col de l'utérus, dysménorrhée, fibromyomes, fistules vésico-vaginales, hématocèle rétro-utérine, kystes du vagin, métrites blennorragiques, hémorragiques, puerpérales, pelvi-péritonites, polypes fibreux, prolapsus, prurit vulvaire, rétroversions, salpingites, vaginites, végétations, vulvites et vulvo-vaginites.

Ainsi est il certain de recevoir bon accueil du public médical.

Formulaire électrothérapique, par le Dr Foveau de Courmelle. 1 vol. chez Doin.

Annuaire de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, publié par le Conseil général de l'Association. 1 vol. Paris 1901, au siège de l'Association.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE PRUNIER
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'extirpation des ganglions tuberculeux

Par A. BROCA,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants malades) (1).

L'*extirpation des ganglions tuberculeux* ne doit pas être entreprise de parti pris, malgré l'assertion de Hueter que cette lésion exige le fer sous forme de bistouri et non pas sous forme de pilules. Je pense même que la *grande majorité* des adénopathies tuberculeuses est justiciable du seul traitement médical, très ordinairement capable, si on peut l'instituer à temps, de nous dispenser de toute action locale, voire des injections interstitielles. Nous avons dès lors à nous demander quels sont ces cas, relativement rares, où nous sommes conduits à proposer une opération proprement dite et quelles doivent être cette opération et sa technique.

Les indications sont différentes pour les adénites suppurées et non suppurées.

I. L'extirpation, pour les *adénites non suppurées*, doit être réservée à une forme très spéciale, la *forme lymphomateuse*, sur laquelle il faut connaître quelques mots de pathologie si l'on veut comprendre sa thérapeutique.

La plupart du temps, un ganglion tuberculeux passe à un moment donné, peu ou beaucoup, par la période caséeuse ; ou bien il reste à l'état de petite glande assez molle, invisible, qu'on sent rouler profondément sous les doigts à la région cervicale, quand on « tâte le pouls » à la scrofule. Rien alors ne ressemble à une *tumeur* ; mais dans les vrais paquets de ganglions strumeux, les étapes successives ont coutume d'être franchies, et les degrés d'altération divers coexistent dans le groupe atteint.

Quelquefois, il n'en est pas ainsi : un ganglion tuberculeux reste fort bien, pendant longtemps au moins, à l'une des deux premières périodes, hypertrophique ou caséeuse, à la première surtout, et l'on observe alors ces masses qui, souples et mobiles, parfois très volumineuses, ne sont attribuées à la tuberculose que depuis assez peu de temps. L'époque est près de nous, où certains auteurs défendaient encore l'hypothèse, émise par Verneuil dès 1854, de l'hypertrophie simple ; d'autres incriminaient une adénite chronique non tuberculeuse, due par exemple à une carie dentaire ; d'autres enfin parlaient de lymphadénome bénin. Et dans ce groupe de tumeurs ganglionnaires, capables de devenir très grosses, où la glande conservait sensiblement, au volume près, sa forme, son aspect, sa structure, régnait l'obscurité la plus grande ; on ne s'y reconnaissait plus, parmi ces tumeurs tantôt sensibles, tantôt rebelles au traitement arsénical, tantôt guéries et tantôt aggravées par l'extirpation ; tout ce que le clinicien savait faire, c'était les diviser en lymphadénomes bénins et malins, d'enregistrer par une épithète le fait accompli qu'il n'avait pas su prévoir.

La lumière commence à poindre, car on a compris qu'il fallait dissocier ce lymphadénome où l'on avait artificiellement réuni des infections diverses, polyganglionnaires et multi-régionales, des néoplasmes, c'est-à-dire de vrais lymphosarcomes, des lésions tuberculeuses enfin (1).

Celles-ci sont tantôt mono- tantôt polyganglionnaires. Un ganglion grossit, s'aplatit un peu en galet et, tout en restant souple, peut acquérir le volume d'un œuf de poule. Le plus souvent, autour de lui plusieurs glandes se prennent, et si quelquefois le processus reste limité, quelquefois aussi s'infiltrent peu à peu tous les ganglions du cou, d'un côté d'abord, des deux parfois ; et dans ce « cou proconsulaire » on voit, on touche des masses arrondies, incomptables, variant comme grosseur d'un œuf à un pois, mobiles à la fois les unes sur les autres, sous la peau, sur les parties profondes, souples, indolentes à la pression comme spontanément. Il est exceptionnel que ces tumeurs, quelquefois énormes, causent des troubles fonctionnels par compression des organes cervicaux, — tube aérien, œsophage, vaisseaux, nerfs, — et en cela elles diffèrent nettement des lymphosarcomes par lesquels, au contraire, les troubles de compression sont fréquents, précoces et graves. Fait qui tient à la dureté des tumeurs sarcomateuses, où de plus les ganglions se fixent vite à la fois les uns sur les autres et aux organes voisins : et c'est là l'élément principal de diagnostic entre le lymphosarcome et la tuberculose méconnue, à forme hypertrophique. Car, à mesure qu'on a étudié les pièces de plus près, on a reconnu — et Trélat y fut un des premiers — que le prétendu lymphadénome bénin était en réalité une forme de tuberculose : souvent, en effet, on y trouve par places

(1) Nous avons déjà, dans le n° 36 du *Journal des Praticiens* de cette année (1901, page 572), indiqué, d'après M. Broca, le traitement des adénopathies tuberculeuses par les injections interstitielles. Nous pensons être agréables à nos lecteurs de leur donner *in extenso* la partie la plus intéressante du remarquable rapport de M. Broca au Congrès de chirurgie, et nous le remercions vivement d'avoir bien voulu nous le donner avant la lettre.

(1) Discussion sur le lymphadénome, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1889, n. S, t. XV, p. 706, 714, 725, 731. — Péchaud, Th. de doct., Paris, 1891-1892, n° 258. — C. Sternberg, *Prager Zeitsch. f. Heilk.*, 1898, t. XIX, p. 21. — P.-A. Duclion, *Contrib. à l'ét. cl. et expér. de la lymphosarcomatose et de la tub. hypertr. méconnue des gangl. lymph.*, Th. de doct., Bordeaux, 1896-1897, n° 32. — Auché et Carrière, *Soc. An. et Phys.*, Bordeaux, 7 déc. 1896, *Journ. de méd.*, Bordeaux, 20 déc. 1896, p. 563. — Carrière, *Ibid.*, 10 mai 1896, p. 202. — Michel, *Ibid.*, 11 juillet 1897, n° 28, p. 352. — P. Berger et F. Bezançon, *Bull. méd.*, Paris, 1899, n° 59, p. 697.

Digitized by Google

de petits points caséeux ; et dans ces dernières années les inoculations au cobaye furent probantes. De même pour certaines formes où, l'hypertrophie atteignant tous les groupes ganglionnaires de l'économie, on se trouve en présence de ce que Trousseau appelait l'adénie, différente de la leucocythémie ganglionnaire par l'absence de lymphocytose. Cette pseudo-leucémie, qu'on a voulu rattacher à une « diathèse lymphogène », constitue bien certainement un groupe très artificiel, dans lequel les recherches modernes affectent bon nombre d'observations à la tuberculose (1).

Dans cette forme, l'efficacité du seul traitement général est très médiocre, sinon nulle, et quant au traitement local, les auteurs qui ont le plus étudié la question sont d'accord pour préconiser l'extirpation. Les injections interstitielles sont en effet très infidèles, et on ne s'en étonnera pas si on se souvient du temps, du nombre d'injections qu'il faut pour faire rétrocéder un seul ganglion ; en outre, souvent on provoquera la suppuration, d'où une cicatrice qui d'ordinaire repose sur un reste de ganglion hypertrophié : car *dans cette forme* on n'a jamais observé la disparition complète des tumeurs.

S'exposer ainsi, après des mois de traitement, à des cicatrices petites si l'on veut, mais multiples, pour un résultat incomplet, n'est pas recommandable. Tandis que par une incision de 5 à 6 centimètres, soit sur le bord de la mâchoire, soit sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien (2), selon le siège des ganglions principaux, on peut facilement nettoyer toute la moitié correspondante du cou, en haut et en bas, en avant et en arrière. Avec les ciseaux courbes — qui par moments coupent les coques conjonctives périganglionnaires et par moments servent, comme une spatule, à énucléer, — on extrait vite et sans danger, les uns après les autres, les ganglions hypertrophiés ; jugulaire, carotides, nerfs sont faciles à disséquer, car il n'y a pas de périadénite. De l'index gauche qui va, fouillant la plaie, accrocher au loin les ganglions refoulés contre lui par le pouce appliqué contre la peau, on fait saillir les masses les plus profondes ; on fait venir sans peine, par une incision sterno-mastoïdienne supérieure, même de gros ganglions sus-claviculaires. Il est prudent, mais non indispensable, de drainer cette vaste poche, dont la réunion est à peu près assurée : en dix à douze jours, le sujet est guéri, avec une cicatrice linéaire, blanche qui ne tend pas à devenir chéloïdienne. S'il y a des tumeurs de l'autre côté du cou, ou sur d'autres régions, on les opère en séances successives, à quelques jours d'intervalle : et le malade est vite guéri, avec un résultat esthétique supérieur à celui des injections ayant provoqué des abcès multiples.

Les résultats définitifs sont aussi bons que les résultats immédiats ; et dans cette forme, après l'avoir baptisée hypertrophie simple ou lymphadénome bénin, Verneuil lui-même pratiquait l'extirpation. Pour mon propre compte, j'ai opéré plusieurs cas de cette espèce : et en particulier tous ceux qui concernent les malades de la ville sont guéris depuis plusieurs années, sans trace de récidive locale, avec une cicatrice à peine visible. Ces malades, sans doute, ont pu, grâce à leur situation sociale, bénéficier du traitement général. Mais ce traitement, mis en œuvre avec persévérance avant l'extirpation, avait été impuissant à arrêter la marche du mal : en pareil cas, donc, il sert surtout à préparer le sujet à l'opération, puis à lui permettre de lutter contre la récidive.

II. En présence d'*un seul ganglion dur et caséeux*, le chirurgien peut recourir indifféremment à l'injection modificatrice ou à l'extirpation : la première devra certainement être renouvelée, mais procurera, avec de la patience, une guérison avec fort peu de cicatrice ; la seconde donnera une guérison rapide, avec une cicatrice linéaire, certainement assez longue. Aussi, la discussion cesse-t-elle pour les régions où la cicatrice n'est pas à prendre en considération : à l'aine et à l'aisselle, cette forme monoganglionnaire n'existe pour ainsi dire pas, mais à l'épitrochlée elle est la règle et toujours l'extirpation y est heureuse.

Pour des *ganglions caséeux multiples*, sans périadénite accentuée, sans collections suppurées par perforation ganglionnaire, je crois que l'extirpation est la méthode de choix. Faire suppurer les ganglions, pendant des mois, y pousser des injections au bout desquelles il y aura souvent des fistules, ne pas pouvoir s'attaquer ainsi à ceux de la profondeur : tout cela me séduit peu. D'autant mieux que si, après échec des injections, on se résout à l'extirpation, on a créé autour des ganglions une gangue de périadénite particulièrement dure, qui rend l'opération tout à fait laborieuse, tandis qu'avant toute injection les adhérences ne sont guère plus serrées que dans la forme pseudo-hypertrophique. Quand on

(1) Th.-R. Crowder, Generalized tuberculous lymphadenitis, with the clinical and anatomical picture of pseudoleukæmie, *New-York med. journ.*, 15 sept. 1900, t. LXXII, n° 11, p. 443 (Bibliogr.; une observ.). — Voyez le rapport de Sabrazès sur la leucémie et l'adénie au *Congrès de médecine*, Lille, 1899. — Courmont, Tixier et Bonnet, *Journ. de phys. et de path. gén.*, Paris, 15 juillet 1899, p. 826.

(2) Avec les incisions simples on vient, je crois, à bout de toutes les extirpations de ganglions, même quand il y a périadénite (voy. plus loin). Ceux à qui elles ne suffisent pas, pourront consulter F. de Quervain, Les incisions opératoires au niveau du cou, *Semaine méd.*, Paris, 1900, p. 12. — Dollinger, Die subcutane Extirp. der tuberc. Lymphdrüsen des Halses, *Centr. f. Chir.*, Leipzig, 8 sept. 1894, p. 845 ; *Dent. Zeit. f. Chir.*, 1897, t. XLIV, p. 610. — Dollinger conseille de faire une incision postérieure, le long de la ligne d'implantation des cheveux à la nuque, et par là on pourrait faire saillir des glandes très éloignées. Je ne me hasarderai jamais, même quand il n'y a pas de périadénite, à aller ainsi jusqu'aux ganglions qui longent la jugulaire.

Digitized by Google

a enlevé quelques-uns de ces paquets, on est frappé de ce fait qu'en général presque tous les ganglions sont caséifiés, même à la périphérie ceux qui sont gros comme un pois : ce qui ne rend pas très favorable à l'idée d'évacuer cette matière en provoquant un ramollissement prétendu favorable.

III. Dans la *forme suppurée*, au contraire, qu'elle soit mono ou polyganglionnaire, l'injection modificatrice reprend tous ses droits et devient la méthode de choix. Pour extirper, en effet, il faudrait circonscrire par une incision elliptique toutes les parties altérées de la peau, et si cela est réalisable quand, dans un paquet caséeux, un petit point suppuré commence à faire saillie, dans les vraies suppurations périganglionnaires, avec perforation de la coque en un point, cela exigerait un sacrifice des téguments trop étendu pour permettre la réunion immédiate. Si, après emploi d'autres moyens, il persiste des fistules, ou des paquets indurés qui se refusent à la résolution, on pourra songer secondairement à une extirpation redevenue compatible avec un résultat rapide et esthétiquement convenable. Mais cela n'est possible qu'après asséchement des collections principales.

On peut remplacer l'injection par l'incision franche suivie de râclage ; ou bien on a conseillé de traverser la peau avec un fil d'argent formant séton (1). Mais je crois ces moyens nettement inférieurs à l'injection modificatrice. Celle-ci peut donner, avec l'aide du traitement général, des résultats complets : mais on n'oubliera pas que beaucoup de malades ne sont ainsi qu'à peu près guéris, ave de petits ganglions capables un jour de se réchauffer, avec des fistulettes même. A maintes reprises, j'ai constaté cet état sur des malades qui revenaient en droite ligne du bord de la mer ; et d'autre part, dans les travaux relatifs à ce sujet, on n'est pas prolixe sur les résultats à longue échéance.

L'incision franche, associée à un peu de curetage, n'est préférable à l'injection iodoformée que dans le cas spécial d'abcès à moitié chaud, où la suppuration est provoquée par une infection mixte, à microbes pyogènes. La guérison de l'abcès peut alors être rapide : puis reste le ganglion hyperplasié. Mais ce n'est pas un motif pour penser, avec Verneuil et Beretta, que l'infection mixte est favorable dans les adénopathies tuberculeuses, et pour essayer, avec C. Janson (de Stockholm) de traiter les tuberculoses locales en y injectant des cultures atténuées de streptocoques (2).

IV. Après ouverture spontanée de petits foyers ganglionnaires, après injection ou après curetage, il s'est enfin constitué des *fistules*, dans un ou plusieurs ganglions, et autour de la masse principale s'égrènent à distance des ganglions caséeux, puis simplement hypertrophiés. Des pansements propres sur les fistules jusqu'alors mal tenues, associés au traitement général, procurent souvent des améliorations considérables et même des guérisons : aussi ne doit-on opérer qu'après emploi assidu de ces moyens ; je me suis expliqué tout à l'heure sur ce que peuvent ajouter à leur action les injections interstitielles, dont la puissance adjuvante n'est pas ici démontrée.

Une fois ouvertes les fistules, la guérison sans cicatrices, je dirai même sans cicatrices disgracieuses, ne peut plus être espérée, et c'est alors que, le mal étant abandonné à lui-même, on observe ces fistules qui se ferment et qui se rouvrent pendant des années, ces paquets volumineux et difformes, ces cicatrices gaufrées, déprimées, inégales qui sont la marque indélébile de la scrofule.

Dorénavant, le choix est à établir entre trois méthodes : ne pas faire localement grand'chose et attendre pendant des années, avec séjour au bord de la mer ; éviter les fistules, les coques ganglionnaires ; extirper le mal et compléter la cure par le traitement maritime.

A lui seul, à peine abrégé par les injections ou même par les évidements, le traitement maritime exige des années de patience. A tout instant, même pour des cas moins graves, nous envoyons au bord de la mer des malades qui nous reviennent en bon état au bout de quelques mois, mais les glandes n'ont pas disparu ; un peu de séjour à la ville et la récidive a lieu. En outre, il y a quelque danger à laisser à la tuberculose le temps de gagner de proche en proche : ce point sera étudié tout à l'heure.

Il y a un avantage marqué à nettoyer d'abord la région, où l'infection mixte, pyogène, s'est associée à la tuberculose ; où autour des fistules existent beaucoup d'autres glandes caséeuses qui vont se fistuliser tour à tour. Aussi notre but doit-il être de pratiquer l'extirpation aussi complète que possible. Mais les cas de ce genre quand le paquet est gros, sont ceux où souvent l'on considère l'opération comme impossible, et où l'on conseille de s'en tenir à l'évidement. Non plus à ces petits évidements, à peine chirurgicaux, avec une curette introduite par

(1) S. Duplay, *Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu*, 1898, p. 31.

(2) L. Dor (7e *Congrès franç. de chir.*, Paris, 1893, p. 762) a ensemencé les ganglions cervicaux et axillaires *non suppurés* enlevés par A. Poncet, et toujours il les a trouvés infectés en même temps par des races atténuées de staphylocoques. — Lannelongue et Achard, Assoc. microb. et suppur. tub., *Revue de la tub.*, Paris, 1896, t. IV, p. 9. — A. Verneuil et Baretta, *Congr. de la tub.*, 2e session, Paris, 1891, p. 177. — C. Janson, *Arch. de méd. expér. et d'an. pathol.*, Paris, 1897, p. 318. — J. Renault et L. Bernard, Adénophlegmon tuberculeux de l'aisselle, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, Paris, juin 1897, p. 257.

Digitized by Google

les fistules, mais à de vraies et larges opérations, où l'on débride les trajets, où l'on crève les glandes suppurées et caséeuses, où l'on râcle aussi complètement que possible les fongosités, où l'on termine par une forte cautérisation au chlorure de zinc, ou mieux au fer rouge (1).

De là des succès incontestables. Mais jamais une opération semblable ne vaut, comme simplicité de suites et comme rapidité de guérison, une extirpation franche, avec réunion immédiate. La question est donc de déterminer si l'extirpation est possible, car de son impossibilité seule viennent des indications de curetage. Or, presque tous les chirurgiens déclarent qu'avec ces gros paquets fistuleux l'extirpation ne peut être menée à bien : que les ganglions sont fixés par la périadénite aux faisceaux vasculo-nerveux avec lesquels on connaît l'intimité de leurs rapports ; que pendant l'opération, par une foule de petits vaisseaux l'hémorragie est grave, que l'on ouvre et qu'on lie les grosses artères et veines du pli de l'aine, de l'aisselle, du cou, que l'on coupe les nerfs, qu'on divise les muscles qu'on ne peut pas réunir faute de peau, et que si on suture, la réunion échoue presque toujours, car, après des délabrements énormes et injustifiés, on a toujours laissé dans la plaie des tissus infectés.

On me permettra de ne pas discuter longuement cette assertion, car la réponse est purement d'ordre technique. Un chirurgien a toujours tort de déclarer impossible une opération que son voisin réussit : le jugement, en pareille occurrence, doit être subjectif et non pas objectif. Je n'ai pas à rechercher comment et pourquoi tel et tel chirurgien ont lésé au passage trop d'organes importants et sont restés en route. Je dirai simplement que pour ma part, depuis que mon éducation est faite, j'ai toujours achevé l'opération et qu'elle n'a jamais été mortelle ; que cependant, sauf quelques rares cas de tuberculose hypertrophiante, pseudo-lymphomateuse, presque toutes mes observations concernent des paquets fistuleux, adhérents, quelquefois énormes. A l'aine, à l'aisselle, je n'ai jamais ouvert les gros vaisseaux ni coupé les gros nerfs ; au cou, je n'ai jamais lié la carotide, j'ai plusieurs fois mis sur la jugulaire, sans aucun dommage, une ligature latérale ou circulaire ; je n'ai jamais eu d'accidents sérieux du côté des nerfs ; la réunion immédiate, enfin, a été presque toujours obtenue, au moins sur la plus grande partie de la plaie, et, au total, la guérison opératoire est effectuée en trois à six semaines (1).

Telle est, d'ensemble, mon opinion sur la possibilité de l'extirpation dans les cas les plus complexes. Je vais donc décrire d'abord la technique que je crois bonne, puis je reprendrai les objections tirées des complications que l'on a enregistrées.

(A suivre.)

(1) Pour faire ainsi des opérations à peu près complètes, voyez en particulier la technique de l'évidement telle qu'elle est préconisée par A. Poncet, *Lyon méd.*, 13 janvier 1889, t. I, p. 55, et son élève Aug., Michel, Th. de doct., Lyon, 1889-1890, 1re série, n° 496. — L'impossibilité fréquente de l'ablation complète, considérée cependant comme procédé de choix, le curetage n'étant qu'un pis aller, est admise en particulier dans les articles suivants : Forgue, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1889, n° 41, p. 377. — Le Dentu surtout (*Presse méd.*, 1894, p. 237) insiste sur l'impossibilité fréquente de l'extirpation. — Sebileau, *Gaz. méd.*, Paris, 13 fév. 1897, p. 73. L'auteur déclare d'ailleurs qu'il n'a jamais vu de résultats vraiment bons et définitifs par les injections.

(1) Consultez sur l'extirpation, outre les travaux cités, p. 16, comme parallèle avec le curetage : G. Crillon, Th. de doct., Montpellier, 1896-1897, n° 42 (adénopathies mylohyoïdiennes). Ernest Laplace, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 4 juin 1898, t. XXX, p. 1321. — Duhamel, Th. de doct., Paris, 1894-1895, n° 509. — De Forest Willard, *Ann. of Surg.*, Saint-Louis, déc. 1896, t. XXIV, p. 668. — Ch. Berchon, Th. de doct., Paris, 1893-1894, n° 381. — Cazin, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1884, p. 222. — Trèves, *Lancet*, London, 1888, t. II, p. 105. — Duret, *Congr. de la tub.*, Paris, 1888, p. 575. — C.-N. Dowd, *Ann. of Surg.*, mai 1899, p. 559 et 613. — Guignabert, *Journ. méd. des sc. méd. de Lille*, 1888, t. I, p. 79 (aisselle). — J.-E. Richard, Th. de doct., Nancy, 1888-1889, 1re série, n° 283 (élève de Vautrin). — Ch. Vidal, Th. de doct., Paris, 1890-1891, n° 328. — Castan, Th. de doct., Montpellier, 1888-1889, n° 55. — Lyssianski, *Vratch*, Saint-Pétersb., 1900, t. XXI, p. 545. — Yocom, *New-York med. journ.*, 11 janv. 1896, t. I, p. 51. — Binet, Th. de doct., Paris, 1893-1894, n° 448. — Milton, *St-Thomas hosp. Rep.*, London, 1888, t. XVIII, p. 211.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'admissibilité des glycosuriques à l'assurance sur la vie

Par A. Siredey, *médecin de l'hôpital St-Antoine*

I. — Jusqu'ici, il de règle, pour la plupart des Compagnies européennes d'assurances, de refuser les personnes dont l'urine renferme du sucre.

Cette rigueur a paru exagérée, car si l'hyperglycémie et la glycosurie qui l'accompagne, sont souvent l'indice de graves désordres, nombreux sont les exemples de diabétiques qui jouissent d'une santé florissante, et atteignent, sans effort, ou dépassent la moyenne de la vie humaine.

Les statistiques publiées en 1900 par le Syndicat (1) des Compagnies françaises d'assurances sur la vie nous apprennent que, sur 20,254 décès enregistrés parmi les assurés, 274, soit 1,35 p. c., sont imputables au diabète. Ce chiffre n'a aucune signification décisive ; il ne vise que des personnes ayant été l'objet d'une sélection, devenues diabétiques postérieurement à leur assurance, et de plus il ne nous renseigne aucunement sur la durée de la maladie.

En consultant les statistiques générales de la mortalité dans les divers pays, nous aurions peu de chances d'être

(1) Syndicat des compagnies françaises comprenant : *La Caisse paternelle, la Caisse des familles, le Monde, l'Urbaine, le Soleil, l'Aigle, la Confiance, le Patrimoine, l'Abeille, la France, le Nord, la Providence,*

Digitized by Google

mieux documentés : certains décès attribués au diabète ont pu être causés par des affections diverses, hémorrhagie cérébrale, athérome, cardiopathie, etc., dans lesquelles le rôle de l'hyperglycémie était discutable ou restreint, tandis que pour d'autres la mort a été imputée à la tuberculose, à la pneumonie et à d'autres infections secondaires ou intercurrentes, sans que l'on ait fait mention, le plus souvent, du diabète initial.

Pour l'instant, nous ne pouvons que chercher les éléments qui peuvent nous aider à distinguer les formes bénignes des formes graves du diabète.

II. — *Glycosurie et diabète.* — Y a-t-il lieu de distinguer la glycosurie du diabète ?

Ces deux termes n'ont assurément pas la même signification : l'un s'applique à la seule présence du sucre dans l'urine, l'autre désigne un ensemble de troubles morbides au nombre desquels la glycosurie. La pathologie expérimentale a fréquemment reproduit la glycosurie, en dehors des accidents du diabète ; on l'observe même, cliniquement, comme un épisode transitoire, éphémère, sans lendemain. Mais s'il est facile de les séparer au point de vue théorique ou expérimental, leur distinction précise échappe le plus ordinairement à la clinique.

La glycosurie passagère, même de courte durée, marque très souvent la première étape du diabète. Deux de mes malade sont présenté, l'un pendant quatre ans, l'autre pendant six ans, de la glycosurie intermittente avant d'entrer franchement et définitivement dans le diabète. Inversement, chez les diabétiques les mieux caractérisés, il n'est pas rare de voir le sucre disparaître.

Le diagnostic de glycosurie simple n'a donc qu'une valeur rétrospective, puisqu'il est essentiellement basé sur l'observation prolongée de malades ayant présenté accidentellement du sucre dans leurs urines.

Cette distinction devient impossible pour le médecin expert, qui n'a qu'un contact passager avec le sujet.

Le diabète nous apparaît plutôt comme un syndrôme que comme une maladie définie.

« Il n'y a pas de diabète, il n'y a que des diabétiques. »

III — *Etiologie et pathogénie du diabète.* — Le sang renferme à l'état normal une proportion de sucre, indispensable à la formation des éléments anatomiques et à leur fonctionnement. Si la production du sucre augmente ou si sa destruction est incomplète, il reste en excès dans le sang. Le sucre s'élimine dans les urines, mais le rein ne réussit pas toujours à débarrasser l'économie.

L'hyperglycémie résulte donc soit d'une production exagérée, soit d'une destruction insuffisante du sucre.

Les remarquables découvertes de Claude Bernard ont mis en lumière le rôle glycogénique du foie et l'influence régulatrice du système nerveux, d'où la théorie hépatico-nerveuse du diabète

Les expériences de von Mering et de Minkowski ont montré que l'ablation du pancréas chez les chiens reproduisait les accidents du diabète. Les recherches cliniques et expérimentales de Lancereaux, de ses élèves Lapierre, Thiroloix, ont fourni de précieux appuis à la théorie pancréatique du diabète.

Seule, la destruction complète du pancréas entraîne les accidents du diabète. La conservation d'un fragment minime de la glande, ou son remplacement par une greffe, suffisent pour empêcher l'apparition de la glycosurie et de la dénutrition. Il semble donc que le pancréas n'agisse que par une sécrétion interne, introduisant dans le sang une sorte de ferment glycolytique (Lépine).

Ni la théorie hépatico-nerveuse, ni la théorie pancréatique n'expliquent tous les cas.

Les lésions du foie et du pancréas se rencontrent chez un certain nombre de diabétiques, mais elles font souvent défaut. Lorsqu'elles existent, ce sont généralement des altérations banales : scléroses, cancers du pancréas ou du foie, observés tout aussi bien, et plus souvent, en dehors de la glycosurie. La cirrhose pigmentaire du foie, signalée comme appartenant au diabète, n'est pas rare chez de simples alcooliques. De même, si des lésions graves du cerveau ou du bulbe, telles que des scléroses localisées ou diffuses, des foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement, trouvés chez des diabétiques, ont été invoqués comme des causes de maladie, des altérations du même genre se rencontrent plus fréquemment encore sans qu'elles aient provoqué de glycosurie.

Au contraire, des traumatismes ne s'accompagnant d'aucun accident grave du côté des centres nerveux : des chagrins, des émotions violentes, un surmenage excessif ont pu engendrer le diabète.

L'observation clinique et l'expérimentation ont démontré que diverses substances toxiques, telles que l'alcool, le chloral, la morphine, le chloroforme, l'oxyde de carbone, la phloridzine, etc., donnent lieu à une glycosurie passagère ou prolongée. Certaines maladies infectieuses ont eu la même influence.

Enfin, il est un autre élément étiologique : l'influence diathésique. Car, en dehors du diabète pancréatique grave, à marche rapide, l'expérimentation n'a jamais réalisé le diabète tel que nous le montre habituellement la clinique.

On discute encore la conception des diathèses qui, ne reposant sur aucune base anatomique précise, ne satisfait pas certains esprits positifs.

Cependant l'observation clinique nous montre les affinités étroites de certains groupes morbides, l'apparition simultanée ou successive de certaines maladies chez la même personne ou chez des personnes de la même famille. C'est ainsi que la goutte, l'obésité, les lithiases, la migraine, diverses affections cutanées et, avec elles, l'asthme, le diabète, etc., coïncident ou alternent chez des individus soumis à la même influence héréditaire.

Digitized by Google

Si la tare morbide commune à ces sujets se manifeste par des altérations anatomiques différentes et localement distinctes, articulations, appareils glandulaires viscéraux ou cutanés, le système nerveux, elle n'en relève pas moins d'une cause unique, d'un processus dystrophique héréditaire.

Le professeur Bouchard (1) admet que les affections de ce groupe présentent comme caractère fondamental un ralentissement de la nutrition.

Bien que cette théorie « du ralentissement de la nutrition » ait prévalu, en France du moins, on a conservé à cette diathèse, dans le langage médical, le nom d'arthritisme.

L'élaboration de la glycose est sous la dépendance de facteurs multiples, trois nous sont connus : la production glycogénique du foie, le pouvoir glycolytique du pancréas, l'influence nerveuse (2).

Survienne une perturbation dans l'un de ces facteurs, l'équilibre est rompu et le sucre apparaît.

Les intoxications et les infections agissent-elles sur le foie? sur le système nerveux? Agissent-elles directement sur le sang en diminuant son pouvoir glycolytique, c'est ce que l'on ne peut actuellement préciser. La même incertitude règne en ce qui concerne les influences diathésiques.

L'importance du foie dans les maladies causées par le ralentissement de la nutrition permettrait d'invoquer une modification spéciale de la cellule hépatique, mais on pourrait également incriminer l'altération du sang ou la participation du système nerveux. Il serait assez logique, en effet, d'admettre, dans certains cas, une influence commune de ces divers éléments, impressionnés par une intoxication endogène ou exogène.

S'il est difficile de dégager une classification du diabète, quelques faits méritent d'être retenus au point de vue du pronostic.

Le diabète pancréatique, avec destruction totale du pancréas, n'est réalisé, cliniquement, que lorsqu'il existe un cancer de cette glande, ce qui nous montre la gravité d'un tel diabète De même, le diabète qui coïncide avec les signes de lésions scléreuses du cerveau ou du bulbe exige un pronostic plus réservé que celui qui succède à un traumatisme sans altération au système nerveux.

Le diabète dû à des intoxications ou à l'arthritisme sans lésion viscérale sérieuse, est en général plus bénin.

IV.— *Formes cliniques du diabète.* — On peut distinguer deux formes distinctes, le diabète aigu ou diabète maigre, et le diabète chronique ou diabète gras.

L'association de ces termes n'implique pas une équation absolue et parfaite : chez certains diabétiques maigres, la maladie ne suit pas fatalement une marche aiguë de même que des diabétiques gras peuvent arriver beaucoup plus rapidement que d'autres aux accidents graves.

Il y a lieu de faire, à côté de ces deux groupes, une place spéciale pour le diabète nerveux.

Diabète aigu. — Le diabète aigu s'observe chez des sujets jeunes au-dessous de 35 ans. Il débute en général brusquement, et s'annonce par une déchéance précoce : la polyurie, la polydypsie, prennent des proportions très accentuées. L'analyse des urines révèle presque toujours une quantité considérable de sucre et excessive d'urée. Cette azoturie s'observe même quand le taux de la glycosurie n'est pas extraordinairement élevé.

Je me souviens d'un diabétique qui éliminait quotidiennement de 1.200 à 1.500 grammes de sucre et de 120 à 130 grammes d'urée.

Dans certains cas, la mort survient quelques mois après le début de la maladie. Cette terminaison rapide est surtout fréquente chez les jeunes sujets : elle est à peu près la règle chez les enfants (H. Leroux), et le pronostic n'est guère plus satisfaisant de 15 à 30 ans. J'ai observé récemment une jeune femme qui est morte du diabète bronzé à l'âge de 32 ans, moins de trois mois après l'apparition des premiers symptômes. La durée moyenne de l'affection ne dépasse guère 1 an ou 18 mois.

C'est dans les cas de ce genre que l'on a constaté le cancer du pancréas, — bien que tous les diabétiques maigres ne soient pas atteints de lésions pancréatiques.

Cependant, le diabète maigre peut être indépendant de lésions viscérales graves, et évolue plus lentement : c'est ce que l'on observe à un âge plus avancé dans certains diabètes nerveux. Chez une de mes malades, neuro-arthritique, atteinte de diabète depuis 10 ans, très maigre dès l'origine, le sucre n'a pas cessé de s'accroître, en même temps que le poids diminue progressivement, et bien qu'elle ait perdu plus de 15 kilogr., elle reste encore très active et sa santé est relativement satisfaisante : mais il s'agit d'une femme qui a actuellement 60 ans et qui, appartient bien manifestement à la famille arthritique.

On voit également des diabétiques qui, après avoir résisté, en conservant les apparences d'une bonne santé, commencent à maigrir d'une manière très prononcée. Souvent, à partir de ce moment, ils se comportent à la façon des diabétiques maigres.

Diabète chronique. Diabète gras. — Le diabète se présente tout différemment dans sa forme chronique ; il apparaît insidieusement à un âge plus avancé, au voisinage de la quarantaine, sans trouble apparent de la santé générale. Habituellement gros mangeur, franc buveur, le diabétique ne songe pas à se plaindre d'un accroissement de la faim ou de la soif ; peu enclin aux exercices physiques, il ne s'effraie pas de la fatigue qu'il ressent, et ce sont le plus souvent de simples incidents qui conduisent au diagnostic en provoquant l'examen de l'urine : anthrax, stomatite, éruptions prurigineuses.

(1) P. Bouchard. *Les maladies par ralentissement de la nutrition.* Paris, F. Savy, édit., 1882.

(2) Dreyfus-Brisac. *Thérapeutique du diabète sucré.* Paris, Doin, 1894.

Digitized by Google

Parfois même, c'est à l'occasion d'une analyse fortuite de l'urine que la glycosurie est reconnue.

Or, si tous les malades de cette catégorie ne sont pas forcément gras, ils présentent en général un certain embonpoint.

Au début, la quantité de sucre n'est pas très élevée, pendant plusieurs années, 10 à 25 grammes dans les vingt-quatre heures. Cependant quand la maladie est restée longtemps méconnue, il n'est pas rare de trouver, dès les premiers examens, de 80 à 150 grammes pour les vingt-quatre heures. La polyurie n'est pas énorme, de 2 litres à 3 litres 1/2; l'élimination quotidienne de l'urée ne s'élève pas beaucoup au-dessus de la moyenne.

A l'inverse des formes aiguës du diabète, les malades sont très sensibles à l'influence du régime alimentaire et des cures thermales. Tout récemment, j'ai vu un diabétique dont l'urine renfermait 35 gr. de sucre en vingt-quatre heures et qui, après quinze jours d'un régime relativement peu sévère, ne présentait plus la moindre trace de sucre.

Tous les malades de cette catégorie appartiennent bien manifestement au groupe arthritique.

Pendant un temps quelquefois très long, la santé générale du diabétique ne s'altère que modérément. Je connais un certain nombre de malades qui ont encore actuellement toutes les apparences d'une santé satisfaisante pour leur âge, et dont le diabète remonte à 20 ans ou même davantage; un d'eux élimine, depuis 17 ans, une moyenne de 300 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. La première analyse alors que l'origine de l'affection était certainement déjà ancienne, avait révélé 87 grammes de sucre par litre et 4 litres d'urine.

Un second, pharmacien, examina par hasard, son urine; il y découvrit du sucre, 36 grammes par litre. Il a succombé à une thrombose artérielle, alors que, depuis 18 ans, sa glycosurie oscillait entre 300 et 500 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures, et se compliquait d'albuminurie (0,30 à 0,50 centig. par litre.)

Enfin, un autre âgé de 76 ans, qui fait remonter le début de son diabète à plus de 30 ans, et ne s'en soucie guère, se plaignait d'avoir perdu ses aptitudes génitales depuis 3 ans : c'était, disait-il, le seul trouble de sa santé.

C'est une particularité saillante du « *bon diabétique* » d'être *amélioré par le traitement*, tandis que le diabétique maigre n'en bénéficie presque jamais.

Toutefois, la résistance de l'organisme s'amoindrit, et il arrive un moment où il n'est plus possible d'éloigner les accidents.

Diabète nerveux. — La plupart des cas de diabète nerveux rentrent par leur évolution dans l'une ou l'autre de ces catégories, mais ils s'adaptent moins régulièrement aux cadres tracés.

Quelques malades qui débutent par de l'amaigrissement, par des troubles généraux graves, voient leurs forces revenir, la glycosurie diminuer, et même disparaître. Tandis que d'autres malades ayant à l'origine une physionomie rassurante, s'acheminent progressivement et assez rapidement vers la cachexie.

Une variété du diabète nerveux présente un intérêt spécial, c'est le *diabète traumatique* (1).

V. — *Comment meurent les diabétiques.* — En dehors des traumatismes et des intoxications accidentelles qui font mourir les diabétiques comme les autres humains, les causes de mort que l'on observe le plus habituellement chez les glycosuriques peuvent être divisées en trois groupes : les *auto-intoxications*, les *infections secondaires*, les *tares constitutionnelles concomitantes*.

1° *Auto-intoxications.* — Le premier groupe appartient en propre au diabète. La présence en excès du sucre dans le sang, l'insuffisance rénale et hépatique provoquent des accidents surtout du côté du système nerveux et du tube digestif. Tantôt les phénomènes nerveux semblent localisés à la région bulbaire et donnent lieu au *collapsus cardiaque* avec refroidissement subit des extrémités, petitesse du pouls, extinction de la voix, ou à la *dyspnée avec respiration de Cheyne-Stokes* et irrégularités du pouls. Tantôt ils se généralisent à la totalité de l'encéphale et engendrent le syndrôme connu sous le nom de *coma diabétique*

Les causes et la nature de ces accidents ne sont pas encore parfaitement connues : on les attribue à l'acétonémie, à la diacéturie, à l'intoxication acide, etc. Le coma diabétique survient avec une prédilection très marquée chez les jeunes sujets. Quant à la proportion des diabétiques qui meurent par le fait de ces auto-intoxications, aucun document précis ne permet de la fixer. Frerichs dit avoir rencontré le coma diabétique 153 fois sur 250 malades : mais ce chiffre est tellement élevé et si complètement en désaccord avec ce que nous montre l'observation quotidienne, qu'il ne saurait avoir une valeur décisive.

2° *Infections secondaires.* — En majorité, les diabétiques succombent à des infections secondaires de la peau, des muqueuses, des voies respiratoires.

Les *suppurations* d'anthrax, de furoncles, de foyers gangréneux, de plaies traumatiques ou opératoires, deviennent souvent des complications promptement mortelles.

Mais c'est surtout l'appareil respiratoire qui est menacé : la *tuberculose* est la cause la plus habituelle de la mort des diabétiques. Quoique moins commune, la *gangrène pulmonaire* se rencontre fréquemment.

La *pneumonie* revêt chez les diabétiques une gravité spéciale et elle aboutit facilement à l'hépatisation grise, ou bien elle sert de porte d'entrée à la gangrène ou à la tuberculose.

Quoique plus rares, les autres maladies infectieuses entraînent toujours un pronostic plus grave chez les diabétiques.

(1) Du diabète traumatique au point de vue des expertises médico-légales, par MM. Brouardel et H. Richardière. *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, nov. 1888.

Digitized by Google

3° *Tares constitutionnelles concomitantes.* — Dans la mortalité des diabétiques, on doit tenir compte des tares constitutionnelles ou acquises : l'obésité, la goutte, l'athérome des artères, l'artériosclérose, l'emphysème pulmonaire, les cirrhoses, les affections cardiaques, les cancers viscéraux, se rencontrent avec une certaine fréquence. Il est difficile de reconnaître exactement l'influence de ces maladies sur le diabète, et du diabète sur ces maladies. Il est probable qu'elles s'aggravent : un diabétique gras, emphysémateux, est plus prédisposé à l'insuffisance cardiaque et à la syncope La sclérose ou l'athérome des vaisseaux, les polyscléroses viscérales qui en résultent, compromettent les fonctions du foie, des reins, du pancréas, et elles peuvent ainsi augmenter la glycosurie et supprimer des émonctoires.

Comme on le voit, *les diabétiques ne meurent pas tous du diabète* : en majorité, ils succombent à des infections secondaires, à diverses maladies générales à relations éloignées avec le diabète.

Et dans ces deux derniers cas, pour un grand nombre de diabétiques, la terminaison n'abrège pas considérablement la durée moyenne de la vie.

VI. — Eléments de pronostic. — Si l'on veut apprécier la valeur d'un glycosurique, on devra examiner minutieusement l'ensemble du sujet et les divers organes. L'âge a une importance de premier ordre, en raison de la gravité du diabète chez les jeunes sujets.

Tous *les glycosuriques au-dessous de 35 ans*, maigres ou gras, *sont condamnés à bref délai.*

Au-delà même de 35 ans, les *diabétiques maigres doivent être rejetés*, quel que soit l'état de leurs organes.

S'il s'agit de *sujets habituellement maigres*, quoique vigoureux et conservant une apparence satisfaisante, que n'a point modifiée le diabète, on pourra *les ajourner* à un an au moins. Les progrès de la maladie, si elle doit être grave, lèveront toute hésitation après ce délai. Le même ajournement s'impose vis-à vis des diabétiques nerveux, et surtout lorsque la maladie a succédé à un traumatisme.

Les *diabétiques nerveux* se trouvent dans des conditions particulières, qui rendent l'appréciation du risque beaucoup plus délicate.

Gras ou maigres, récents ou vieux diabétiques, ils devront être *refusés lorsque la glycosurie coïncidera avec des symptômes graves du côté du système nerveux :* paralysies systématysées abolition du réflexe pupillaire, douleurs fulgurantes, phénomènes d'incoordination, troubles psychiques etc.

Dans les *autres cas*, et surtout si l'interrogatoire montre que le début de l'affection est peu éloigné, on pourra *les ajourner*.

Chez les *femmes enceintes*, chez les *nourrices*, il vaudra mieux *surseoir à l'assurance*, car s'il s'agit souvent chez elles de simple glycosurie passagère, la grossesse ou la lactation impriment parfois une marche aiguë à un diabète jusque-là silencieux et méconnu.

Un délai de six mois à un an permettrait largement de trancher la question.

C'est donc parmi les seuls *diabétiques gras* et de bonne apparence que le médecin expert devra choisir ceux qui pourront être assurés. Leur type est d'autant plus accentué qu'ils appartiennent plus facilement à la famille arthritique.

Ils ont l'aspect de gens bien portants. La maladie a presque toujours débuté lentement.

Un premier examen permettra de constater si la peau a une coloration satisfaisante. On se méfiera des sujets pâles, au visage fatigué, qui paraissent plus vieux.

Doivent être tenus pour suspects également, tous ceux qui, primitivement florissants de santé, commencent à maigrir, dont la peau, devenue trop large, forme des plis. Par contre, on éliminera de même les *obèses*.

A plus forte raison devra-t-on rejeter ceux qui présentent déjà de l'*emphysème pulmonaire*, de l'*affaiblissement des bruits du cœur*, du retentissement exagéré des bruits aortiques, etc.

L'*alcoolisme* doit être l'objet d'investigations attentives.

Le développement anormal des veines sous-cutanées de la paroi abdominale révèle des troubles de la circulation porte.

L'augmentation du volume du foie et de la rate ne fait qu'accentuer ces présomptions. On devra s'enquérir des fonctions digestives ; des phénomènes dyspeptiques assez prononcés au début du diabète, l'apparition d'une douleur continue ou intermittente dans la région épigastrique; l'existence d'empâtement profond à ce niveau, feraient justement craindre une affection cancéreuse du pancréas du foie et de l'estomac.

A une période plus avancée, les troubles digestifs sont souvent occasionnés par la boulimie, dilatation très prononcée de l'estomac, diarrhées fétides, fétidité particulière de l'haleine, phénomènes d'auto-intoxication inquiétants.

La présence de l'*albumine* dans l'urine des diabétiques a toujours une *signification mauvaise*, la diminution notable de la quantité des urines également, de même que la diminution rapide du sucre en dehors de toute influence thérapeutique, et alors que l'état général devient moins satisfaisant

Les paralysies, les névrites, l'abolition des réflexes montrent que le système nerveux est touché.

L'eczéma sec ou séborrhéique, le psoriasis, les dermites génitales n'ont pas une très grande importance, mais les anthrax et les furoncles, et surtout des plaques de gangrène, exposent les malades à des infections pyohémiques. La sécheresse de la peau apporte un obstacle de plus aux éliminations.

On sera particulièrement sévère pour les troubles et

Digitized by Google

même pour les moindres menaces du côté de l'appareil respiratoire à cause de la fréquence chez eux de la tuberculose pulmonaire.

Bien plus : on recueillera autant que possible des renseignements précis sur l'hérédité des sujets, sur leurs collatéraux et sur les personnes qui vivent avec eux. Beaucoup de diabétiques bien portants sont contaminés par une femme ou par des enfants tuberculeux.

Un diabétique est dans de mauvaises conditions s'il se trouve dans une situation matérielle précaire ; mais celui qui passe sa vie en fêtes et en festins, n'est guère mieux partagé.

Le diabétique sain exempt de toute complication est-il acceptable à l'assurance dans les conditions ordinaires, comme un homme bien portant ? Je ne le crois pas.

Par ses tares organiques même légères, ou par ses prédispositions morbides d'ordre dystrophique, par son aptitude à contracter les infections secondaires auxquelles il peut être exposé, le diabétique ne constitue qu'un risque de seconde valeur, comportant un plus grand nombre de chances mauvaises ; il reste par conséquent au-dessous de la moyenne.

Conclusions. — I. Au-dessous de 35 ans, et quel que soit leur état de santé, les diabétiques ne peuvent être acceptés pour une assurance sur la vie.

II. Doivent être refusés également, et quel que soit leur âge, les diabétiques maigres.

III Il ne sera fait d'exception à ces deux règles que pour les personnes atteintes de diabète nerveux, à la suite de chagrins, de surmenage, ou de traumatisme, qui pourront être ajournées à 6 mois, au moins, et admises ultérieurement, si un nouvel examen leur est favorable.

IV. Les diabétiques gras de bonne apparence, âgés de 35 ans au moins, et dont tous les organes et appareils seront reconnus sains, pourront être acceptés à l'aide de différentes combinaisons tendant à élever légèrement la prime annuelle.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Interprétation nouvelle du delirium tremens. — Quand on examine le sang d'un malade atteint de delirium tremens, on trouve beaucoup plus de cellules polynucléaires que mononucléaires ; les cellules éosinophiles sont absentes ou très rares. Après l'accès, la proportion se renverse. Enfin, l'état normal reparaît très rapidement. Cette formule cytologique est exactement celle de la pneumonie. Elle fait absolument défaut dans une intoxication aiguë par l'alcool.

Ce phénomène a suggéré à M. Elzholz l'idée que le delirium tremens était dû à la formation d'une toxine, comparable à la toxine du pneumocoque, laquelle serait neutralisée par l'alcool. Si l'alcool fait défaut, le poison peut agir et amène l'accès de delirium (*Wiener Klin. Rundschau*). L'observation clinique vient à l'appui de cette hypothèse. On constate très souvent chez les malades un catarrhe des conjonctives, avec une sécrétion muco-purulente, formant croûte entre les cils ; la paupière inférieure est généralement la plus atteinte.

La sécrétion cesse avec l'attaque, et après le sommeil critique tout rentre spontanément dans l'ordre, sans que le bulbe oculaire soit jamais atteint.

La bronchite est également très fréquente. L'inappétence pour les aliments solides est la règle ; la soif est vive. Avec la fin de la crise, ces symptômes disparaissent. On voit l'analogie complète avec la rougeole. Jusqu'ici, on renversait la proposition : la bronchite devait être la cause occasionnelle du delirium, par la fièvre qu'elle amenait. Mais il y a des délirants sans bronchite et sans autre infection qui ont 40°.

Kraepelin et Jolly ont déjà émis des idées analogues. Il est évident qu'il n'est pas besoin d'une abstinence complète pour provoquer l'attaque ; une sobriété relative suffirait. Certains médecins suivent du reste depuis longtemps la règle de donner aux buveurs atteints d'une pyrexie quelconque ou d'un traumatisme, la même quantité d'alcool que l'homme aurait ingérée s'il n'avait pas été malade, et cela précisément pour éviter le delirium tremens. — Bd.

Moyen d'éviter le trouble du miroir laryngoscopique. — Pour éviter que la glace laryngoscopique ne se trouble dans la bouche du malade, on la chauffe d'habitude au-dessus de la lampe. Une substance savonneuse, la lasine, permet d'éviter ce chauffage.

La lasine est présentée sous forme d'un crayon ; on fait quelques stries sur la glace et à l'aide d'un linge fin on répartit la substance ainsi déposée sur toute sa surface. Elle y adhère assez intimement pour permettre d'essuyer la glace sans l'enlever. si la salive du malade l'avait mouillée. On peut donc faire plusieurs examens consécutifs d'un même sujet sans avoir besoin de graisser la glace à nouveau (*Wiener Klin. Wochenschrift*).

L'action de la lasine repose sur sa propriété d'absorber 500 fois son volume d'eau, eau qu'elle cède de nouveau à l'atmosphère quand sa température s'élève. Son asepsie est parfaite.

On avait déjà proposé autrefois le savon noir pour le même usage. Mais son odeur et son goût nauséeux étaient si désagréables aux sujets à examiner qu'on avait dû l'abandonner. — Bd.

REPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de la pelade (Sabouraud). — Rasage, puis frictions avec une brosse à dents demi-dure bien mouillée de :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 20
Acide acétique cristallisé.....	2 grammes
Alcool à 90°.....	170 —
Ether officinal.....	30 —
Coaltar saponiné.....	30 —
Salol....	0 gr. 50

En cas d'augmentation sur un point toucher avec un pinceau mouillé de :

Acide acétique cristallisé.....	0 gr. 75
Hydrate de chloral.....	5 grammes
Ether officinal.....	30 —

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Les ostéopathies blennorrhagiques.— Signalées dès 1869 par le Pr Fournier, les ostéopathies blennorrhagiques ont été l'objet, depuis quelques années, d'une série de travaux ou plutôt d'observations : ce sont ces travaux et observations que reprend M. Philippet (*Th. de Paris, 1901*), en y ajoutant quelques observations personnelles.

Les ostéopathies blennorrhagiques revêtent deux formes cliniques bien distinctes : 1° une forme aiguë, ostéo-périostite aiguë, correspondant à la fluxion inflammatoire du périoste, de Fournier, ou blenno-rhumatisme ostéo-fibreux du premier degré, de Jacquet; dans cette forme, les accidents se localisent surtout aux points proéminents du squelette, et se manifestent principalement par des signes fonctionnels : douleur à la pression, parfois très vive, en un point osseux circonscrit ; cette douleur est exaspérée par les mouvements du membre atteint. Le type de cette forme est dans la tatalgie blennorrhagique. Son évolution est rapide, un à deux septénaires en moyenne, et la terminaison par guérison est ordinaire, si toutefois le traitement a été appliqué. Mais il ne faut pas oublier la tendance à récidiver, lors d'une réinfection gonococcique, et le passage possible à l'état chronique, avec formation d'une périostose hypertrophiante.

2° Une forme chronique, ostéo-périostose hypertrophiante, à marche essentiellement lente, et le plus souvent indolore. Le siège presque exclusif en est les épiphyses, et surtout les petits os du pied et de la main. Ici, les signes fonctionnels sont tout à fait secondaires, parfois même nuls ; au contraire, les signes objectifs passent au premier plan : apparition à la surface d'un os d'une tumeur aplatie, étalée, immobile et complètement adhérente à l'os ; la peau, ordinairement saine, peut être parfois rouge et enflammée. Le type le plus fréquent de cette forme est la talalgie avec hyperostose ou calcanéite ossifiante de Jacquet ; un autre type en est la forme nerveuse du blenno-rhumatisme, de Fournier et do Amaral, consistant en une tuméfaction périarticulaire atteignant surtout les extrémités des phalanges ou des métacarpiens, ou bien le gros orteil, et donnant parfois aux phalanges la forme de doigt en radis (Fournier). La localisation sur la diaphyse des os est beaucoup plus rare, mais elle existe. Cette forme chronique a une marche essentiellement lente ; cependant elle se termine toujours par résolution, complète ou relative; mais, comme la forme aiguë, elle est sujette à des récidives.

Rares, les ostéopathies blennorrhagiques s'observent surtout lorsque l'écoulement est prolongé, ou après plusieurs blennorrhagies. L'homme y est plus prédisposé que la femme, en raison des fatigues plus grandes auxquelles il est sujet. La diathèse rhumatismale n'aurait, pour la plupart des auteurs, aucune action prédisposante : peut-être n'en est-il pas de même de l'alcoolisme, des excès vénériens, des tares héréditaires nerveuses.

Le traitement comprend deux indications principales : le traitement de l'écoulement d'une part, le traitement local d'autre part, consistant dans le repos et la révulsion locale et générale ; la première sera faite à l'aide de pointes de feu loco dolenti ; la seconde au moyen d'applications de pointes de feu le long de la colonne vertébrale, auxquelles on pourra adjoindre les bains térébenthinés selon la méthode de Balzer : pour préparer un bain, ajouter à l'eau du bain, qui doit être à une température de 37° à 40°, 200 à 400 gr. du mélange suivant :

Emulsion aqueuse de savon noir	100 grammes
Essence de thérébenthine.....	100 —

On devra toujours procéder graduellement et tâter la susceptibilité de la peau du sujet pour l'essence de térébenthine. Le massage et l'hydrothérapie ont donné également de bons résultats. — B. H.

Pouls lent permanent et cardiopathie. — Le pouls lent permanent accompagné ou non de crises nerveuses épileptiformes, syncopales, gastralgiques, angineuses, etc., est un syndrome clinique traduisant un trouble bulbaire qui peut relever de diverses causes. Dans certains cas, une tumeur du bulbe excitant le noyau du pneumogastrique provoque le ralentissement et l'arrêt du cœur : le plus souvent, le trouble fonctionnel est produit, ainsi que l'a montré M. Huchard, par l'artério-sclérose des vaisseaux bulbaires; d'autres fois, une intoxication par les poisons de l'urémie (Debove) ou par la toxine diphtérique, ainsi que M. Henry vient de le démontrer récemment (*Th. Paris* 1901), est la cause de la bradycardie ; enfin, il est des cas où le pouls lent relève d'une affection cardiaque ; c'est dans ce groupe que rentre le fait observé par M. Marcel Labbé (*Société médicale des Hôpitaux*, 19 juillet 1901).

Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 57 ans, née d'une grossesse gémellaire, porteuse de malformations faciales, très névropathe, qui fut sujette dès la

Digitized by Google

première enfance à des crises de cyanose; plus tard, elle fut toujours gênée pour courir ou monter les escaliers; à l'âge de 18 ans, elle était pâle et toussait fréquemment de sorte qu'on la prit pour une tuberculeuse.

Les émotions qu'elle a éprouvées au cours de l'existence ont toujours provoqué chez elle des crises nerveuses intenses et prolongées. Depuis quelques années, elle est en outre devenue sujette à des crises de nature particulière ; les unes rappellent l'angine de poitrine, d'autres simulent la gastralgie, d'autres sont accompagnées de crises épileptiformes du bras gauche ; les plus fréquentes sont marquées par des lipothymies et des palpitations, quelquefois même par de véritables syncopes.

Le pouls, depuis au moins deux ans, est extrêmement ralenti (20 à 30 pulsations par minute): il est régulier.

Le cœur, d'une égale lenteur, présente des bruits de souffle : un souffle systolique de la pointe, un dédoublement du second bruit, suivi d'un léger souffle diastolique. Il est probable qu'il s'agit d'un rétrécissement mitral d'origine congénitale, compliqué d'insuffisance mitrale.

Le pouls lent et l'ensemble des crises nerveuses caractérisent un trouble général des fonctions du nerf vague en rapport probablement avec un vice de circulation bulbaire.

Les divers traitements essayés n'ont en rien modifié l'état du pouls et les crises nerveuses.

Les toniques du cœur (caféine, théobromine, sparéine), sont restés inefficaces ; les médicaments vasodilatateurs (trinitrine, iodure de potassium, nitrite d'amyle, iodure d'éthyle) sont mal supportés, et sans action. Le meilleur résultat a été obtenu avec le valérianate d'ammoniaque (0 gr. 50 par jour) qui, sans modifier le pouls, calme du moins momentanément les crises lipothymiques qui se répètent plusieurs fois dans la journée.

Cette inefficacité thérapeutique est d'ailleurs la règle dans presque tous les cas de pouls lent permanent. — E. L. M.

Un cas de névralgie hépatique simulant la lithiase biliaire. — N. N. Michaïloff, chirurgien de l'hôpital de Petrozavodsk, rapporte une observation très intéressante, vu sa rareté. Il s'agit d'une paysanne, âgée de 19 ans, domestique, qui entra à l'hôpital le 29 décembre 1899. Quatre mois avant l'entrer, elle avait eu du rhumatisme, accompagné d'ictère et de douleurs dans l'hypochondre droit. Les symptômes avaient disparu après deux mois de traitement. Depuis un mois, les douleurs avaient recommencé dans l'hypochondre droit avec tant de violence que la malade était par moments forcée d'arrêter son travail. A l'entrée à l'hôpital, on constate que le foie est augmenté de volume et douloureux à la pression. Au niveau de la vésicule biliaire, on sent une résistance, mais sans limites précises. La malade se plaint de douleurs insupportables survenant par crises au niveau de l'hypochondre droit. Rien d'anormal à la percussion de l'abdomen. Les matières sont colorées, mais faiblement. La peau, les muqueuses, l'urine ne sont pas ictériques. On donne à la malade de l'huile d'olives, une cuillerée à soupe toutes les heures, sans aucun effet. Du 2 au 11 janvier on lui donne du sel de Carlsbad, également sans succès. Les crises surviennent à intervalles irréguliers, quelquefois plusieurs dans la même journée. La morphine produit un léger soulagement, mais on en donne le moins possible. La malade souffre tant qu'elle demande une intervention chirurgicale. La résistance au niveau de la vésicule biliaire devient plus nette à la palpation. Toute la région hépatique est douloureuse. Les crises et la marche de la maladie ont fait penser à une lithiase avec obstruction incomplète, vu l'absence d'ictère. On l'opère le 14 janvier et on ne trouve absolument rien d'anormal, sauf un épaississement du bord antérieur du foie. On fait néanmoins la cholécystomie et l'abouchement de la vésicule biliaire à la paroi abdominale. Après l'opération, les douleurs ont disparu complètement. Six semaines après, on constata que la malade était enceinte de six mois ; elle a accouché normalement en juillet. M. Michaïloff dit qu'il s'agissait d'un cas de névralgie hépatique survenue chez une femme nerveuse et hystérique au moment de la suppression des règles et l'apparition de la grossesse. L'ictère qui l'accompagnait pouvait se rapporter aux symptômes rares de la grossesse. L'auteur dit qu'étant données les souffrances terribles des malades de ce genre, on doit, même sans diagnostic précis, intervenir chirurgicalement, car en général les douleurs disparaissent complètement et les malades se croient guéris grâce à cette intervention.

Des tumeurs du cervelet. — La pathologie du cervelet s'est enrichie d'un élément précieux grâce à la détermination précise du syndrôme cérébelleux. Ce syndrôme, bien observé cliniquement, et reproduit par l'expérimentatien, est constitué par une céphalée occipitale paroxystique, une démarche ébrieuse, du vertige, et des attitudes forcées. A cet ensemble symptomatique s'ajoutent souvent d'autres signes, surtout des troubles oculaires. Mais le syndrôme cérébelleux, à lui seul, permet d'affirmer d'existence d'une lésion du cervelet. C'est ce qui ressort d'une étude du Dr Azaïs (*Thèse de Montpellier*, 1901). Dans ce travail, l'auteur met au point la ques-

Digitized by Google

tion des tumeurs du cervelet. Il montre que si fréquemment elles demeurent silencieuses et compatibles avec la vie, d'autres fois, elles compromettent rapidement l'existence et emportent le malade au milieu de symptômes en apparence méningitiques.

Le siège de la lésion est le plus souvent très difficile à déterminer. La titubation est presque toujours symptomatique d'une lésion du vermis. Pour la localisation de la tumeur à l'un ou à l'autre hémisphère, on tiendra compte surtout du siège de la douleur et des symptômes de compression ou d'irritation tels que troubles auditifs, oculaires, etc.

Le diagnostic de la nature de la lésion ne peut être qu'approximatif. L'auteur rapporte deux observations où la coexistence de tuberculose pulmonaire et du syndrôme cérébelleux faisait penser à un tubercule du cervelet. Les autopsies montrèrent qu'il s'agissait d'un glio-sarcome et d'un glio-myxome. En résumé, le syndrôme cérébelleux est fonction de la localisation de la tumeur et non de sa nature.

MÉDECINE INFANTILE

Séméiologie de la raie méningitique chez l'enfant. — Depuis longtemps, on a discuté sur la valeur de la raie vaso-motrice, dite méningitique. Le Dr Gigaut-Lafont (*Thèse de Paris* 1901), a recherché la signification de ce symptôme dans les différentes affections de l'enfance.

La raie vaso-motrice apparaît sur la peau à la suite d'une excitation quelconque (frottement, pression, impression du froid). Elle se produit quelquefois chez l'individu sain; mais, dans ces cas, elle dure peu et elle est à peine visible. Dans certaines maladies, au contraire, elle peut être très intense et durer fort longtemps. Elle serait due, d'après les recherches de Claude Bernard et de Vulpian, à une paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs, d'où dilatation des vaisseaux périphériques, et rougeur localisée de la peau. Sa durée et son intensité sont en rapport direct avec l'intensité des phénomènes nerveux et des troubles cérébraux.

On sait que Trousseau la considérait comme un des signes importants de la méningite, et affirmait que dans cette affection, la raie vaso-motrice est plus intense, plus durable, plus large et plus facilement provoquée que dans aucune autre maladie. Vulpian, au contraire, n'accordait qu'une médiocre valeur à ce signe que l'on retrouve aussi facilement, d'après lui, dans la fièvre typhoïde.

Or, la raie méningitique se rencontre également dans bien d'autres affections où le système nerveux est en cause. L'auteur l'a vu apparaître avec une intensité et une durée remarquables chez un idiot microcéphale, et dans plusieurs cas de chorée où elle a été visible pendant près d'une heure. Dans l'hystérie, les paralysies, les affections de l'estomac le nervosisme, sous l'influence d'une émotion, de la peur, on peut déterminer une raie vaso-motrice très vive.

La raie dite méningitique est donc en rapport avec l'excitabilité du système nerveux, et ne constitue qu'un symptôme commun aux affections les plus diverses. — P. B.

De la valeur du signe de Koplik dans la rougeole. — Depuis que Koplik a indiqué l'existence, à la période prodromique de la rougeole, de taches rouges à centre violet légèrement surélevé sur la muqueuse buccale, de nombreuses publications ont été faites de divers côtés, tendant généralement à attribuer au signe de Koplik une assez grande valeur diagnostique.

Widowitcz (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1899), a fait cette recherche au cours d'une épidémie de rougeole observée à Gratz. Sur 158 cas, il a observé le signe de Koplik 140 fois, soit dans 88,6 0/0 des cas; 24 fois les taches buccales étaient le seul signe prodromique. Cependant, l'auteur ne croit pas pouvoir attribuer à ce signe une valeur diagnostique considérable parce qu'il l'a observé dans d'autres affections que la rougeole : dix fois sur 135 cas de rubéole, une fois dans une angine folliculaire, et cinq fois dans une laryngite striduleuse.

Rolly, au contraire (*Münchener Medicinische Wochenschrift*, 1899), y attache beaucoup plus d'importance. Sur 78 cas de rougeole, il a trouvé les taches buccales 24 fois, de quatre jours à six heures avant l'éruption, tandis que ses recherches ont été constamment négatives dans les diverses autres maladies infantiles. — E. L. M.

CHIRURGIE

Des kystes hydatiques de la rate. — Considérés autrefois comme rares, les kystes hydatiques de la rate sont, en réalité, plus fréquents qu'on ne le croyait; ils viendraient en premier lieu après les kystes hydatiques du foie. Depuis la thèse de Magdelain en 1868, ils ont été l'objet d'un certain nombre de travaux de la part de Besnier, Lefèvre, Lenoël, Blum, Mosler; puis en 1888 Lainé, Casanova et Poulet, en 1893 Trinkler, en 1896 Cras leur consacrèrent des travaux importants; plus récemment, on s'occupa surtout de leur traitement, Wanverts, Baraduc, Mortureux (*Th. Paris*, 1900).

L'embryon hexacanthe, partant de l'intestin, peut se rendre à la rate par des voies diverses ; il semble

Digitized by Google

cependant que pour les kystes primitifs et isolés de la rate, le mode de transmission par l'appareil circulatoire, artériel ou veineux, soit plus rationnel que tout autre: quant aux kystes secondaires, juxta-spléniques, ils peuvent résulter de la greffe d'une vésicule échappée d'un kyste primitif d'un organe voisin, le foie par exemple.

Dans leur développement, qu'ils soient centraux ou périphériques, ils déterminent toujours, à leur pourtour, une sclérose partielle de l'organe. En même temps, la rate, dans sa partie libre, subit une hypertrophie compensatrice.

La séméiologie de cette affection est encore très vague; les douleurs perçues d'une façon inconstante par les malades, la tumeur de l'hypochondre gauche, constactée seulement au moment où elle a acquis un volume déjà considérable, et déterminant des troubles dyspeptiques ou dyspnéiques, ne sont pas des symptômes suffisants pour affirmer le diagnostic ; seul le frémissement hydatique peut révéler l'existence des hydatides. Malheureusement, il est souvent impossible de le percevoir, la vésicule-mère étant distendue par trop de liquide.

Abandonné à lui-même, le kyste hydatique de la rate est une maladie grave; des complications mortelles sont à redouter, telles que perforation du diaphragme, invasion de la plèvre, compression et perforation intestinales, généralisation de la maladie aux organes abdominaux. Il est cependant presque toujours curable, quand il est confié assez tôt aux soins du chirurgien, car la thérapeutique de cette affection est exclusivement chirurgicale.

Deux méthodes différentes : faire toujours la splénectomie, conserver la rate tout en enlevant la tumeur.

La première méthode sera rarement indiquée, la rate étant, au point de vue physiologique, un organe de défense et d'entretien sera conservée toutes les fois que cela sera possible; dans cetains cas cependant la splénectomie sera indiquée, elle a donné des guérisons.

Pour conserver la rate on aura recours à la marsupialisation de la poche kystique, au capitonnage de la poche fibreuse, à l'extirpation du kyste.

La marsupialisation a le défaut de laisser les malades avec des fistules interminables, qui les exposent à l'infection ou aux éventrations.

Le capitonnage ne sera qu'exceptionnement indiqué.

Le traitement idéal, l'opération de choix qui sera presque toujours applicable si l'on n'intervient pas trop tard, consiste soit dans l'extirpation du kyste juxta-splénique ou pédiculisé, soit dans l'énucléation de la paroi kystique au milieu du parenchyme splénique. — J. H. M.

GYNÉCOLOGIE

Traitement des rétrodéviations de l'utérus — Cette question a été l'objet d'un nombre considérable de travaux ; notre collègue Hivet, dans une excellente thèse (Paris, 1901), l'étudie à nouveau, passe en revue les différents moyens thérapeutiques employés et donne la préférence au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

D'après lui, l'intervention chirurgicale est indiquée d'emblée dans les rétrodéviations utérines, douloureuses, compliquées ou non d'annexite; elle est aussi indiquée dans les rétrodéviations douloureuses, mobiles ou facilement mobilisables, mais seulement quand les moyens médicaux ont échoué. L'âge avancé, un mauvais état général, la ptose viscérale généralisée constituent autant de contre-indications chirurgicales.

Toutes les opérations proposées pour combattre les rétrodéviations utérines ont des avantages et des inconvénients. C'est ainsi que parmi les principales, l'hystéropexie abdominale et la vagino-fixation, tout en ayant les qualités des opérations à ciel ouvert, placent l'utérus dans une position tout à fait antiphysiologique, tandis qu'au contraire l'opération d'Alexander, qui met l'utérus en position normale, est une opération absolument aveugle.

D'après Hivet, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds réunit les avantages des différentes interventions précédentes sans en avoir les inconvénients; c'est, en effet, une opération à ciel ouvert, qui place la matrice en auteversion physiologique. Les procédés proposés pour l'exécuter, sont multiples ; Hivet accorde la préférence aux procédés par inclusion pariétale, qui ont le double mérite d'abord d'agir sur la portion interne des ligaments ronds très solide et ensuite de substituer à l'insertion inguino-pelvienne peu résistante, une insertion sus-pubienne très efficace. Le dernier procédé, proposé par M. Doléris, paraît surtout séduisant.

D'après certains auteurs, en particulier d'après M. Doléris, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, est toujours suffisant pour corriger et maintenir réduite la rétrodéviation. Suivant d'autres auteurs, en particulier suivant Jonnesco et Mauclaire, il est indispensable d'agir en même temps sur l'utérus et de pratiquer une cuneo-hystérectomie. Cette intervention ne paraît d'ailleurs indiquée que dans les cas relativement rares où il y a une tendance invincible à la reproduction de la rétrodéviation.

Les complications opératoires et post-opératoires dans le cas de rétrodéviation simple ou compliquée d'annexite légère sont tout à fait exceptionnelles.

Digitized by Google

Le résultat immédiat de l'opération est généralement parfait, car les malades éprouvent rapidement un soulagement intense. En revanche, la date trop récente et le petit nombre des observations résumées jusqu'ici ne permettent pas actuellement de se prononcer d'une façon aussi catégorique sur les résultats éloignés. Cependant les guérisons paraissent durables et l'on n'a encore signalé aucune récidive.

Comme tous les traitements médicaux et chirurgicaux des rétrodéviations utérines, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, favorise la conception. De plus, contrairement à l'hystéropexie abdominale et à la vagino-fixation, cette opération paraît exercer, de même que l'Alexander, une influence favorable sur l'évolution de la grossesse et sur la marche du travail. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'ergot de maïs. — L'ustilago maydis ou ergot de maïs est un champignon parasite du maïs ou blé de Turquie (Lea maïs). Il se produit sur l'inflorescence sous forme de masses arrondies ou irrégulières de la grosseur de quelques millimètres à la tête d'un fœtus à terme. Au début, blanc azuré, charnues, elles se foncent, brunissent, se ramollissent, puis se dessèchent en un amas filamenteux noir, plein de spores globuleuses ou elliptiques.

Des analyses chimiques faites sur le champignon, il résulterait qu'il contient principalement une huile fixe, une substance volatile et de l'acide sclorotique (Henry Parsans) et un alcaloïde l'ustilagine (Bademaker et Fischer).

L'extrait aqueux et l'extrait fluide ont été expérimentés par de Marchi (*Bollotino della R. Accademia medica di Roma*, fasc. VII-VII, 1900).

A dose toxique chez les grenouilles l'ergot de maïs produit des phénomènes paralytiques.

Chez les mammifères, on observe l'action constrictive sur les vaisseaux, excitatrice des fibres utérines, comme avec l'ergot de seigle.

L'ergot de maïs semble donc un bon succédané de l'ergot de seigle avec lequel il partage l'action vasoconstrictive et ecbolique. — H. G.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la dissémination et la localisation de l'antimoine dans l'organisme. — M. Pouchet fait connaître le résultat d'expériences entreprises sur les animaux pour étudier la façon dont l'antimoine se localise dans l'organisme.

L'action toxique de cette substance (paralysie du train postérieur, chûte des poils, plaques rouges excoriées de la peau), sa localisation dans le tube digestif ne commencent à se montrer qu'à une dose élevée relativement aux doses correspondantes d'arsenic.

L'addition d'une faible proportion d'arsenic à l'antimoine rend plus précoces les manifestations cutanées et nerveuses (paralysie du train postérieur), et fait apparaître les accidents gastro-intestinaux. La localisation et la répartition de l'antimoine ne sont pas modifiées. Le cerveau, la moelle, les muscles, le foie, renferment de l'arsenic et pas d'antimoine. Les os renferment de l'arsenic et une trace d'antimoine ; la peau et les poils contiennent une proportion assez notable d'arsenic et une quantité d'antimoine plus considérable que la précédente ; le tube digestif renferme un peu d'arsenic et la plus forte proportion d'antimoine.

L'administration simultanée d'une autre substance médicamenteuse active, dans l'espèce le bromure de potassium, paraît modifier d'une façon très notable la symptomatologie de l'intoxication et la localisation des substances toxiques (*1er octobre*).

HYGIÈNE PUBLIQUE

M. le Dr Ollive formule les conclusions suivantes dans son rapport sur la défense de l'enfant :

La mortalité infantile, en France, est considérable. Elle dépasse le sixième de la mortalité générale. *De ces décès, le tiers est évitable.* Pour y arriver, il faut créer la défense de l'enfant. Bien des œuvres existent déjà dans ce but ; mais, privées et très restreintes, elles ne peuvent s'adresser à tous les nourrissons et sont, par cela même, insuffisantes.

La puériculture doit s'exercer avant la procréation, pendant la grossesse, après l'accouchement. A chacune de ces époques, l'Etat, la Charité privée, le médecin, ont un rôle bien déterminé pour la rendre vraiment efficace. Elle ne le deviendra réellement qu'après l'exécution des réformes suivantes :

Avant la procréation. — 1° Réglementation plus sévère de la prostitution et surveillance plus active des affections syphilitiques pendant le service militaire ;

2° Modification des lois sur la vente des alcools, suppression du privilège des bouilleurs de cru, diminution du nombre des cafés, réglementation nouvelle de leur police ;

3° Multiplication de l'enseignement des moyens prophylactiques contre la tuberculose, les intoxications professionnelles, les maladies infectieuses. Surveillance rigoureuse des ateliers et fabriques, surtout de ceux où l'on se sert de plomb, de mercure, de sulfure de carbone ;

4° Création de sanatoria et d'asiles de tuberculeux ;

5° Multiplication des œuvres luttant contre l'alcoolisme et la tuberculose : ligues anti-alcooliques, antituberculeuses, cantines ouvrières.

Pendant la grossesse. — 1° Création de la défense légale de la femme enceinte, et pour cela :

A. Urgence de la promulgation d'une loi proclamant la néces-

Digitized by Google

sité absolue du repos obligatoire chez toute femme enceinte, six semaines au moins avant et six semaines après l'accouchement, et accordant, pendant ce temps, une indemnité de grossesse, égale au moins aux 2/3 du salaire, à toute femme salariée à quelque titre que ce soit, et des secours de grossesse à toute femme nécessiteuse.

L'indemnité de grossesse, comme les secours, ne sera continuée après l'accouchement, sauf avis médical s'y opposant, que si la femme allaite son nourrisson.

B. Fondation dans tous les départements, d'asiles secrets, de maternités secrètes, où la fille enceinte, qui a une faute à cacher, pourra se réfugier à tout moment de sa grossesse, sans inquisition administrative. Le nom même ne pourra être demandé.

2° Multiplication des œuvres charitables en faveur de la femme enceinte ;

3° Développement des moyens d'assistance médicale pendant la grossesse et le travail par la création de consultations obstétricales, de services de secours pour les opérations d'urgence, et par la modification de l'admission à l'enseignement des sages-femmes (suppression de la sage-femme de seconde classe).

Après la naissance. — I. Création de la défense légale du nourrisson par le vote d'une loi établissant :

1° L'obligation pour tout nourrisson de 0 à 1 an d'un certificat médical exigible tous les mois en hiver, tous les quinze jours en été ;

2° La création :

A. De consultations gratuites de nourrissons au moins dans toutes les villes de France ;

B. De crèches municipales et industrielles, dirigées par un médecin, et soumises à toutes les règles de l'hygiène de l'enfance, où, sans augmentation de la durée du travail, sans diminution de salaire, l'ouvrière viendra à heures fixes allaiter son enfant ;

C. D'asiles d'enfants assistés, complément nécessaire de l'asile secret de la grossesse.

D. De secours d'allaitement pour toute femme pauvre. Ces secours devront être surtout en nature ; le lait stérilisé ne sera distribué que dans les cas d'impossibilité reconnue d'allaitement maternel ;

3° La modification de la réglementation de l'allaitement mercenaire, par la suppression de l'allaitement à distance, en dehors des enfants abandonnés, et l'obligation pour les nourrices sur place, d'emmener avec elles leur enfant, qui sera, lui aussi, nourri au sein.

II. Multiplication des gouttes de lait, des œuvres philantropiques du lait et autres semblables en en faisant surtout des consultations avec secours pour le nourrisson et en évitant l'abus d'une trop grande distribution de lait stérilisé.

III. Surveillance active du médecin qui favorisera de tous ses efforts l'allaitement maternel, le règlera, et détruira les préjugés trop nombreux dont s'entourent les mères.

Le grand nombre des réformes, l'importance des dépenses nécessaires pour leur accomplissement rendront sceptiques sur la possibilité de leur réalisation, bien des esprits ennemis de toute innovation et de tout progrès. La défense de l'enfant ne paraît pas s'imposer aux masses populaires. Elle se heurte, suivant la remarque de M. Strauss, « à l'inertie gouailleuse des hommes du monde et d'un grand nombre d'Administrateurs et de Législateurs ».

Sans nous bercer de la moindre illusion, nous n'en conservons pas moins le ferme espoir de la voir un jour réalisée : pour arriver au résultat, il faudra bien des luttes, mais elles sont déjà un peu partout partiellement entreprises et partout suivies de succès.

Le programme est trop vaste pour être immédiatement réalisable : mais il nous semble utile de demander dès aujourd'hui à l'Etat la présentation aux Corps Législatifs d'un projet de loi assurant la défense légale de la femme enceinte et du nourrisson.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les hématomyélies, par Jean Lépine, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Thèse inaug. de 451 pages. Stork, à Lyon, et Masson, à Paris, éditeurs.

Nous sommes en retard pour rendre compte de cette thèse que les neurologistes doivent bien connaître parce qu'elle fait époque dans l'histoire des maladies nerveuses ; mais ce retard s'explique, le journal n'ayant pas reçu cet ouvrage, qu'en raison de son importance nous avons voulu nous procurer dans l'intérêt même de nos lecteurs.

Une thèse de près de 500 pages — c'est-à-dire un livre — qui s'appuie sur 226 observations, sur de patientes et décisives expériences — ces « observations provoquées », comme disait Cl. Bernard — sur de nombreuses recherches historiques remontant à Morgagni, sur une connaissance approfondie, non seulement du sujet, mais aussi de toutes les maladies du système nerveux, a droit à tous nos éloges, à nos remerciements ; car elle fait honneur, non seulement à l'Ecole de Lyon, mais aussi à la science de notre pays.

Le doute étant essentiellement scientifique, M. Jean Lépine qui sait si bien savoir, sait ne pas savoir, et il indique avec une courageuse modestie les obscurités dont la question reste encore enveloppée. Pourquoi cette rareté des hématomyélies, comparée à la banalité de leurs causes ? Chez certains sujets, y aurait-il alors une certaine prédisposition du système vasculaire à la rupture ? En tous cas, cette fragilité des vaisseaux « peut tenir à des altérations anatomiques ou à d'autres causes qui nous échappent actuellement ». Puis, il a soin d'indiquer qu'au sujet de l'anatomie pathologique, de la nature et de l'évolution de certaines hématomyélies, des recherches nouvelles sont nécessaires pour « éclairer les rapports respectifs de l'hématomyélie et de la gliose », et quoiqu'il soit possible parfois d'affirmer l'antériorité de l'une sur l'autre, trop souvent le doute est encore permis à ce sujet. Voilà donc encore des inconnues, et M. Jean Lépine montre que, d'après une parole souvent citée par nous, « ce que l'on sait, souffre de ce que l'on ne sait pas ». Mais il nous permettra de lui adresser un reproche qui certes n'est pas banal, adressé à un jeune savant : sa modestie est peut-être excessive, car, lorsque l'œuvre à laquelle on a consacré tant de labeur et d'années, a eu pour résultat d'élucider beaucoup de questions restées jusque-là obscures, on n'a plus le droit de dire que « le travail n'a pas l'ambition de donner une solution, même provisoire, du problème des hématomyélies ».

Celles-ci comprennent deux groupes : suivant que l'hémorrhagie se fait par rupture des vaisseaux de la région centrale, parallèles au canal épendymaire (hématomyélies traumatiques par extension exagérée de la colonne), ou bien au contraire par rup-

Digitized by Google

ture de vaisseaux (surtout capillaires) de la substance grise congestionnée. Ce second groupe comprend, dit l'auteur, un grand nombre d'hématomyélies consécutives à des efforts, et aussi, comme des expériences intéressantes le lui ont démontré, les extravasations de la commotion médullaire, et des accidents de la décompression atmosphérique brusque. Naturellement, ce groupement est indiqué en dehors des hématomyélies secondaires, dont la cause est trop variable, et il n'est pas inutile pour le diagnostic qui s'inspire le plus souvent des circonstances étiologiques.

Un mot, une profession de foi pour finir.

Ceux qui liront ce compte rendu et d'autres, peuvent s'imaginer que trop souvent les éloges sont stéréotypés. Il n'en est rien. Le *Journal des Praticiens* veut prendre à tâche d'analyser et de recommander seulement les travaux sérieux et importants. Il y a moins que jamais dans les éloges d'aujourd'hui une pensée ou un mobile de camaraderie, puisque l'auteur ne nous est connu que par ses travaux. Mais j'estime qu'en adressant mes très sincères félicitations à l'auteur de cette œuvre considérable, dont le père, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, doit éprouver une si légitime fierté, j'ai accompli un devoir, tout en rappelant à ceux qui ont pu l'oublier, que la critique vraiment scientifique doit toujours planer très haut au-dessus des personnes et des choses, qu'elle doit toujours rendre justice non seulement aux vieux travailleurs, mais encore et surtout aux jeunes; car la science attend beaucoup d'eux, elle place en eux ses plus chères espérances. — H. Huchard.

Les grands symptômes neurasthéniques, par le Dr Maurice de Fleury. 1 volume in-8° de 412 pages, 7 fr. 50. (Félix Alcan, éditeur.) Paris, 1901.

Le nouvel ouvrage du Dr Maurice de Fleury est l'aboutissant de dix années d'observations faites sur les neurasthéniques. Très différent des nombreux volumes publiés jusqu'à ce jour sur le même sujet, le livre du Dr de Fleury s'attache, non point tant à décrire les grands symptômes neurasthéniques, qu'à les comprendre et les traiter. Après une série de chapitres consacrés à la sensation de fatigue, aux troubles circulatoires, aux troubles du sommeil, aux troubles digestifs, aux troubles de la nutrition, aux troubles de l'appareil génital de l'homme et de la femme, et à l'état mental, l'auteur s'attache à donner de l'épuisement nerveux une conception générale, une pathogénie. L'ouvrage se termine par un long chapitre consacré au traitement de la fatigue en général et de la maladie neurasthénique en particulier.

L'auteur de tant d'ouvrages intéressants (*Introduction à la médecine de l'esprit*, à laquelle l'Académie française et l'Académie de médecine ont accordé un prix, *L'âme du criminel, Le corps et l'âme de l'enfant, Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement*, que l'Académie des sciences et l'Académie de médecine ont en même temps récompensées), n'est pas un inconnu pour nos lecteurs. Car le *Journal des Praticiens* s'est fait un devoir et un plaisir de publier dans l'intérêt pratique de ses lecteurs, avant l'apparition de son dernier livre, deux articles très remarqués du Dr M. de Fleury sur la neurasthénie. Ils liront donc comme nous, avec grand intérêt et profit, cet ouvrage qui fait le plus grand honneur à son auteur et qui lui prépare pour l'avenir de nouveaux et très légitimes succès. — H. H.

Les morts mystérieuses de l'histoire, par le Dr Cabanès. Un vol. de 536 pages. Paris, 1901. A. Maloine, éditeur.

L'an dernier, le savant et toujours intéressant directeur du journal *La Chronique médicale* terminait la 4e série du « *Cabinet secret de l'histoire* » où il résolvait plusieurs questions sur la mort de François Ier, la stérilité de Catherine de Médicis, la chasteté (?) de Louis XIII, le mariage de nos rois et de Louis XVI, l'accusation d'inceste portée contre Marie-Antoinette et le dauphin Louis XVII, la prétendue folie du marquis de Sade, etc. Nous n'avons pu rendre compte, en temps utile, de ce volume aussi intéressant que ses aînés; mais nous savions que, cette année même, le Dr Cabanès se proposait de consacrer un livre aux « *Morts mystérieuses de l'histoire* », et comme il est homme de parole, cet ouvrage vient de paraître, avec une préface remarquable du Dr Lacassagne (de Lyon) au jugement duquel nous souscrivons sans réserve: « C'est, dit-il, une lecture bien édifiante, instructive et d'une haute portée philosophique ». En effet, le Dr Cabanès, dont l'érudition et l'infatigable labeur ne sont plus à louer, entreprend l'œuvre difficile des diagnostics rétrospectifs sur les maladies dont moururent les rois de France et quelques personnages importants depuis Charlemagne jusqu'à Louis XVII, et il est intéressant de constater les ravages causés parmi eux par la tuberculose et la dégénérescence mentale à travers les âges.

M. Cabanès nous annonce l'apparition successive d'autres travaux : *Les fous de l'histoire et de la littérature, les poisons dans l'histoire, les Evadés de la médecine, les Souvenirs sur Napoléon*, etc. Tous ces livres auront toujours le même succès parce qu'ils puisent aux sources d'une érudition de bon aloi, parce qu'ils s'inspirent des vérités historiques, parce qu'ils sont écrits dans un style clair et sans prétention. Avec le Dr Lacassagne, nous applaudissons d'avance au succès qui couronnera certainement l'œuvre du Dr Cabanès et qui l'a déjà consacrée. — H. H.

Essai sur Ambroise Paré et la médecine des enfants, par Mme E. Lépine, docteur en médecine (*Thèse in. de Paris*, 1901. (123 pages).

On connaît Ambroise Paré, chirurgien et surtout chirurgien d'armée; on ne le connaît pas médecin, et surtout médecin d'enfants. Voilà ce que nous révèle Mme E. Lépine dans une thèse fort intéressante et pleine d'érudition. Elle nous le montre indiquant les soins à donner à l'enfant dès qu'il est né, donnant des préceptes pour l'allaitement, le sevrage, la dentition, pour le traitement des maladies infectieuses et parasitaires, pour celui du rachitisme, au sujet duquel il parle des difformités de la colonne vertébrale « en arc ou en figure de S ». Plusieurs filles sont bossues et contrefaites pour leur avoir, en leur jeunesse, par trop serré le corps. Qu'il soit vray, on voit que sur mille filles villageoises, on n'en voit une bossue : à raison qu'elles n'ont eu le corps astreint et trop serré. Par quoi les mères et les nourrices y doivent prendre exemple ».

Nous ne pouvons tout citer; mais les lecteurs de cette excellente thèse reconnaîtront avec son auteur, qu'il existe de Paré « des pages toutes pleines d'une sollicitude charmante sur les soins à donner aux petits enfants ». — H. H.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — M. le Prof. M. DEBOVE

Le zona

Nous étudierons aujourd'hui une affection qui a été l'objet de *théories bien diverses* et qu'on a pu ranger successivement parmi les maladies cutanées, nerveuses, infectieuses; je veux parler du zona.

Le malade qui sert d'occasion et de sujet d'observation à cette conférence est *âgé* de quarante-cinq ans, il est *boulanger* de son état, ses *antécédents* familiaux ou personnels ne présentent qu'un seul fait qui mérite de nous arrêter. Il y a quinze ans il a été enfermé, durant trois mois, dans une maison de santé pour des troubles mentaux, qui relevaient très probablement de l'alcoolisme auquel il se livrait et dont il présente quelques stigmates.

Le *14 avril* dernier il ressentit à la partie inférieure du thorax des *douleurs* qui l'empêchèrent de serrer la ceinture de son pantalon. *Deux jours* plus tard, des *plaques roses* apparurent au niveau des régions douloureuses. Puis le *lendemain* des *vésicules* claires, transparentes se formèrent sur les plaques roses.

Ainsi la maladie a *débuté* par une douleur, et l'éruption est survenue deux jours plus tard. Ce n'est *pas toujours ainsi* que les choses se passent; *l'éruption peut être le premier* phénomène, ou bien il y a des *prodromes* rappelant ceux des maladies *infectieuses*, malaise vague, anorexie, frissonnement, fièvre plus ou moins vive, nausées, vomissements, etc., etc.

Notre malade n'a rien eu de semblable, et pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital il a été apyrétique.

Du *14 au 22 avril*, de nouvelles *vésicules* se formèrent, les *douleurs* devinrent de plus en plus vives et déterminèrent l'entrée à l'hôpital.

L'éruption et les douleurs n'atteignirent donc pas d'emblée leur acmé, mais il y eut plusieurs *poussées successives*.

Au moment de l'entrée à l'hôpital (22 avril), *l'éruption* était disposée sur la moitié gauche du thorax, elle formait une *zone large de quatre travers de doigts* environ, commençant en arrière à la hauteur des 3e et 4e vertèbres lombaires, se dirigeant d'abord horizontalement en avant, croisant les deux derniers espaces intercostaux, puis s'abaissant un peu pour atteindre en avant la ligne médiane, sans la dépasser, entre l'ombilic et le pubis.

Comme d'habitude l'éruption était *unilatérale* et s'arrêtait assez exactement à la *ligne médiane*. Si en avant cet arrêt était très nettement accusé, *en arrière deux bouquets de vésicules* débordaient la ligne des apophyses épineuses.

L'éruption, et c'est là un point capital sur lequel j'aurai à revenir, ne *correspondait pas exactement au trajet d'un nerf*: elle empiétait sur le domaine des nerfs lombaires et des nerfs intercostaux, elle ne suivait que partiellement le trajet des nerfs grand et petit abdomino-génital.

Elle était *constituée* par des séries de *plaques* rosées légèrement surélevées, séparées par de petits intervalles de peau saine.

Sur ces plaques arrondies ou ovalaires, de la dimension d'une pièce de deux francs en moyenne, existaient des *vésicules isolées*, arrondies, grosses comme un grain de mil, ou bien confluentes, et confondues par leurs bords — d'où leur forme polycyclique — et recouvrant parfois toute la plaque rose.

Les vésicules étaient tendues ou ridées, remplies de liquide clair ou légèrement trouble, hémorrhagique en certains points.

Toute la région occupée par l'éruption était le siège de *douleurs vives*, dont le malade était incapable de bien définir le caractère. Ces douleurs, de même que l'éruption, ne paraissaient pas suivre le *trajet de troncs* nerveux déterminés; il n'y avait pas de *points plus douloureux* au niveau des branches *perforantes* latérales des deux derniers nerfs intercostaux.

Les *douleurs* étaient *augmentées* considérablement par la pression, les mouvements, de sorte que le sujet ne pouvait se coucher sur le côté gauche et qu'il avait de la peine à se déplacer dans son lit.

L'exploration faisait constater une exagération de la sensibilité à la douleur au niveau des placards éruptifs et entre ces placards.

L'*apyrexie* était complète et on ne pouvait constater de trouble dans aucun viscère.

Voici maintenant la *marche* suivie par la maladie. Les *douleurs cessèrent deux jours* après l'entrée à l'hôpital, mais il y eut jusqu'à la fin du mois une *sorte de poussées éruptives*, de telle sorte qu'on rencontrait des vésicules desséchées à côté de vésicules récentes.

Le *8 mai*, le malade pouvait être considéré comme absolument *guéri*. La seule trace qui subsistait de la maladie étaient des *cicatrices blanchâtres* entourées d'une peau plus *pigmentée* que normalement. Cela n'a pas grand inconvénient lorsque l'éruption siège sur le flanc, mais peut en avoir beaucoup, lorsque le zona siège à la *face*. Je connais plusieurs malades qui portent les cicatrices consécutives à cette affection. Quand il s'agit d'hommes, la chose est de peu d'importance; elle en aurait davantage s'il s'agissait de jeunes femmes.

C'est surtout quand l'éruption du zona a été in-

Digitized by Google

tense, qu'il a présenté le caractère gangréneux, que les cicatrices sont indélébiles.

Les *névralgies* qui persistent parfois fort longtemps à la suite du zona représentent une complication beaucoup plus sérieuse. Ainsi j'ai observé un malade qui avait une *névralgie* thoracique atroce, consécutive à un zona, durant plusieurs années et que rien n'avait pu guérir ; il réclamait avec insistance un soulagement, dût-on avoir recours pour l'obtenir à une intervention chirurgicale grave. J'ai vu également une *vieille dame* qui souffrait d'une névralgie ancienne très rebelle survenue dans les mêmes conditions. Vous avez pu voir enfin dans le service une malade atteinte de splénomégalie qui portait sur la région thoraco-abdominale du côté gauche, les cicatrices pigmentées, reliquats d'une éruption de zona dont elle avait souffert quelques mois auparavant. Cette région était encore douloureuse spontanément et au palper, et la malade évitait encore de se coucher sur le côté gauche pour ne pas réveiller ses douleurs. Ces observations nous montrent qu'il ne faut pas trop se hâter de porter dans le zona un *pronostic* bénin, à cause de l'intensité et de la persistance des douleurs.

Cette *intensité* est d'ailleurs très *variable*; un médecin de mes amis, qui eut un zona formé de quelques plaques éruptives situées à la partie supérieure et externe de la poitrine et sur la face interne du bras, éprouva à peine *quelques douleurs* qu'il attribua d'abord à un rhumatisme musculaire vague.

D'autres complications peuvent aussi s'observer au cours du zona ; ainsi je citerai une observation de *phénomènes paralytiques* que j'ai recueillie dans mon service il y a deux ans.

Il s'agit d'une *femme de 50 ans* qui entra à l'hôpital pour un zona atteignant les branches du plexus cervical superficiel du côté gauche. La distribution des vésicules correspondait aux branches nerveuses cervicale superficielle, auriculaire, occipitale externe ; de plus, il existait quelques vésicules aberrantes dans la région sus-claviculaire.

La malade était depuis six jours dans le service et l'éruption zostérienne commençait à disparaître lorsqu'on reconnut une paralysie faciale gauche, c'est-à-dire correspondant au côté du zona. Cette paralysie faciale avait tous les caractères de la paralysie périphérique; le facial supérieur était intéressé. Il n'y eut aucun trouble de la sensibilité dans le domaine du trijumeau, les muscles réagissant parfaitement au courant électrique. Au bout de quinze jours, la malade quittait le service guérie de son éruption et de sa paralysie faciale, mais les douleurs correspondant aux régions envahies par l'éruption étaient encore très violentes.

La paralysie a été relevée un certain *nombre de fois dans le cas du zona*. On a observé les *paralysies oculaires* à la suite du zona ophthalmique : Brissaud a noté trois cas de zona ophthalmique dans lesquels est survenue une *hémiplégie croisée*, c'est-à-dire siégeant du côté opposé au zona ; Raymond a observé aussi une *diplégie faciale* ; enfin il a été publié un certain nombre de faits de paralysies faciales.

Ces diverses paralysies présentent les caractères suivants. Elles surviennent dans les *premiers jours qui suivent l'apparition* des vésicules, quelquefois *quinze jours plus tard*, Elles sont situées en général du *côté correspondant de l'éruption*. Elles *guérissent* sans laisser de trace.

Il n'y a *pas un rapport absolument nécessaire entre le siège du zona* et celui de la paralysie, puisque dans notre observation le nerf facial était paralysé et que le zona paraissait dépendre du plexus cervical superficiel.

Il est *assez difficile* de donner *une théorie* pour expliquer ces paralysies. Les médecins qui considèrent le zona comme une *maladie générale infectieuse*, font de la paralysie une manifestation de l'infection. Peut-être aussi s'agit-il d'une variété de zona qui mériterait d'être étudiée à part.

Ceci nous conduit à discuter quelques-unes des *théories pathogéniques* émises sur la nature du zona.

On l'a successivement considéré comme attribuable à un *trouble nerveux périphérique*, à un *trouble médullaire*, à une *infection*. Nous pouvons discuter successivement chacune de ces hypothèses.

L'opinion qui consiste à faire du zona une *forme particulière de névralgie* n'est soutenable ni au point de vue anatomique, ni au point de vue clinique.

Les recherches anatomiques entreprises pour démontrer l'existence d'une *névrite périphérique* ont donné des résultats négatifs dans l'immense majorité des cas, et nous pouvons conclure que cette névrite n'est pas constante.

Le *caractère de la douleur* n'est pas celui habituellement attribué aux névralgies, elle ne *suit pas exactement le trajet* d'un nerf. Ainsi, les douleurs éprouvées par notre malade correspondaient à la zone de distribution de plusieurs nerfs sans dessiner spécialement le trajet d'aucun d'eux. Il en est de même pour l'*éruption*. Nous verrons plus loin par quelle théorie il est possible d'expliquer le défaut de concordance de la distribution des nerfs et de celle de l'éruption.

Il y a bien des *zonas consécutifs* à des lésions traumatiques des nerfs, mais cela ne prouve nulle-

Digitized by Google

ment qu'il s'agisse primitivement d'un trouble périphérique de l'innervation, car tout nerf se compose de fibres centrifuges et de fibres centripètes: et le traumatisme a pu agir sur ces dernières qui ont déterminé une irritation des centres nerveux, laquelle s'est traduite ultérieurement par une manifestation périphérique : l'éruption douloureuse.

Le zona n'*est pas dû* à une *lésion médullaire*, car la plupart des recherches entreprises pour vérifier cette lésion ont donné des résultats négatifs, mais il est bien vraisemblable qu'il est dû à un *trouble fonctionnel médullaire*; cette hypothèse est la seule qui puisse nous rendre compte des phénomènes observés particulièrement de la disposition des éléments éruptifs.

En effet, les *fibres centrifuges* qui partent d'une région quelconque de la moelle ne suivent pas exactement le trajet d'un même nerf, mais les unes passent par certains troncs nerveux et d'autres par des troncs voisins ; par conséquent, une irritation d'un point de la moelle n'amène pas une éruption superposable au trajet d'un seul nerf, mais une éruption qui se dissémine sur plusieurs trajets.

Cependant, dire que le zona est dû à un trouble médullaire ce n'est pas *résoudre la question* de sa pathogénie, car il faudrait émettre une hypothèse plausible sur la nature de ce trouble. Est-il dû à une maladie infectieuse?

Cette opinion a été soutenue par mon excellent ami le Pr Landouzy, qui fait du zona une maladie infectieuse.

Les partisans de cette théorie s'appuient surtout sur l'existence de phénomènes généraux concomitants et sur l'absence de récidive, une première attaque conférant l'immunité, ainsi que cela a lieu pour un certain nombre de maladies infectieuses.

Mais je ferai d'abord remarquer que les *phénomènes généraux* ne sont pas constants, et qu'ils ont notamment manqué chez notre malade, qui, malgré l'étendue de son éruption, l'intensité de sa douleur, n'a jamais eu de fièvre et n'a présenté aucun trouble viscéral.

Pour mon compte je connais en outre deux cas de *récidive* de zona. Si vous m'objectez qu'il s'agissait alors d'éruptions zostériformes et si vous *appelez de ce nom tous les zonas qui récidivent*, il est inutile de discuter.

Je crois que le zona est un syndrome, qui peut survenir dans des conditions fort diverses ; on peut l'observer à la suite de certains traumatismes, à la suite de maladies infectieuses, telles que la grippe et la pneumonie, et dans maintes circonstances qui commencent à être mieux connues aujourd'hui. Ainsi on a décrit des zonas consécutifs à l'*empoisonnement* par l'arsenic, le plomb, les iodures, etc., et même au cours de l'urémie, affection dont les principaux symptômes paraissent relever de l'auto-intoxication. M. Talamon a récemment insisté sur le *zona pneumonique*, qui doit être rapproché de l'herpes si fréquent dans la même maladie; ce zona est bien une manifestation de maladie infectieuse; pourtant on ne trouve pas en pareille circonstance de *pneumocoques* dans le liquide des vésicules. Ce liquide examiné au moment de la formation de la vésicule se montre ordinairement *stérile*. Il en a été ainsi dans notre observation où l'examen bactériologique direct et les cultures du liquide vésiculaire ont fourni des renseignements négatifs. L'*examen cytologique* n'a également donné que des résultats négatifs. Il en a été de même pour l'examen du sang.

Le 25 avril nous avons chez notre malade extrait par la *ponction lombaire*, 10 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien clair, stérile, ne contenant *pas d'éléments cellulaires* en suspension. Ces résultats sont en contradiction avec ceux qui ont été obtenus récemment par divers observateurs. Mais ces divergences s'expliquent naturellement si vous admettez que le zona n'est pas à proprement parler une maladie, mais un syndrome pouvant s'observer dans des circonstances diverses.

Quel traitement convient-il de prescrire aux malades atteints de zona? Il faut surtout combattre l'*élément douleur*, ce qui peut se faire en administrant des analgégiques, des préparations *opiacées* prises *per os* et surtout par des *injections de morphine*.

Dans ces derniers temps on a conseillé pour diverses affections donloureuses, entre autres pour les sciatiques et les crises gastriques, tabétiques, des injections de *cocaïne* dans la cavité arachnoïdienne. J'avoue ne pas avoir grand enthousiasme pour ce procédé thérapeutique. J'ai traité ainsi des névralgies rebelles et n'ai obtenu qu'une sédation momentanée, inférieure à celle que donne la morphine; toutefois, je reconnais que mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour me permettre de contredire les médecins qui préconisent, dans les affections douloureuses, les injections intra-rachidiennes de cocaïne.

Il faut aussi protéger l'éruption contre les infections secondaires qui pourraient se produire à son niveau en appliquant des poudres antiseptiques et des absorbants, comme l'oxyde de zinc, le bismuth, l'orthoforme, etc. Sous cette couche protectrice, les vésicules se dessèchent plus facilement et laissent moins souvent les cicatrices dont nous avons parlé.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'extirpation des ganglions tuberculeux (1)

Par A. Broca,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants malades).

La *technique* (2) consiste à circonscrire au bistouri les orifices fistuleux, en traçant autant que possible une incision parallèle au corps de la mâchoire ou au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; on pousse franchement jusqu'à la coque du ganglion, et à ce moment on quitte le bistouri pour les ciseaux courbes à bout mousse et pour la pince à griffes. Du bout des ciseaux, la concavité tournée vers le ganglion, et tout en épongeant à mesure, on coupe la membrane conjonctive périganglionnaire que l'on tend avec la pince : il faut saisir cette membrane et non le ganglion qui, friable, ne fournit aucun point d'appui. Même quand la périadénite est très dure, on trouve bien mieux qu'on ne le pense à l'avance, un plan de clivage entre la substance ganglionnaire et l'enveloppe conjonctive indurée : sitôt que d'un coup de pointe on a mis à nu une surface lisse, on ferme les ciseaux et on les fait entrer, comme une spatule courbe, dans le plan de clivage. On va ainsi de ganglion en ganglion jusqu'à ce qu'on ait vu la jugulaire, et c'est pour cela que, même si la saillie principale est vers la nuque, on entre dans le cou en avant du sterno-mastoïdien. Quand, après ablation des ganglions antérieurs, on a vu ne fût ce qu'un petit bout de la jugulaire, on est maître de la situation ; et quand la jugulaire est libérée, on va très aisément vers la nuque ; au lieu qu'après ablation de ganglions postérieurs, il est à peu près impossible d'aller d'arrière en avant aux lointains ganglions antérieurs, dont on est précisément séparé par la jugulaire qu'il importe de ménager. Donc, notre premier repère doit être, en enlevant les ganglions que nous trouvons en route, d'atteindre au plus vite le paquet vasculo-nerveux : le voir, c'est le meilleur moyen de le respecter, et si on ouvre un vaisseau, on est tout prêt à mettre sur l'orifice l'index gauche, puis une pince, puis un fil.

La jugulaire étant vue, on la dissèque de haut en bas, aux ciseaux courbes, coupant chemin faisant les veinules courtes qui vont directement d'elle aux ganglions ; veinules faciles à pincer, puis à lier, et on a exagéré les ennuis qu'elles créent à l'opérateur.

Après avoir enlevé les ganglions carotidiens antérieurs, il faut avoir grand soin d'explorer la nuque, la région sus-claviculaire, et de ne pas laisser intacts les ganglions rétro-jugulaires, presque toujours engorgés : mais quand ils ne sont pas suppurés, ou caséeux, gros et durs, on ne les sent pas si on se borne à appuyer la pulpe de l'index sur les parties profondes de la plaie. Leur consistance molle fait qu'ils nous échappent si nous ne les prenons entre le pouce et l'index, ainsi que je l'ai dit plus haut. D'après ce que j'ai vu, en réopérant des malades, c'est là une des grandes causes de récidive.

S'il y a de la périadénite, on ne peut pas faire venir d'aussi loin les ganglions dans la plaie ; d'autant mieux que si on tire sur la jugulaire adhérente, elle s'aplatit, se vide, devient blanche, on la confond avec la capsule conjonctive périganglionnaire et on l'ouvre d'un coup de ciseaux intempestif. On se résoudra donc, s'il y a des adhérences, à une incision dont la longueur sera proportionnée à l'intensité des lésions : mais ces cas sont précisément ceux qui, abandonnés à eux mêmes, balafrent le plus vilainement le cou.

En haut, sous la pointe de l'apophyse mastoïde, l'énucléation sera difficile, mais toujours possible : on doit reconnaître le nerf spinal et disséquer les ganglions en les faisant saillir au-dessus et au-dessous de lui ; presque toujours on peut le ménager. De là aux ganglions parodiens inférieurs il n'y a qu'un pas : en les énucléant, on coupe quelquefois la branche inférieure du facial, d'où une déviation légère, et habituellement temporaire, de la lèvre inférieure correspondante. C'est avec les ganglions parotidiens supérieurs et profonds que le tronc du facial court des dangers.

Si, autour de ce paquet carotidien fistuleux, les ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires ne sont pas adhérents, on les enlève par l'incision première. S'ils forment, eux aussi, des paquets fistuleux, on doit s'arrêter, pour les aborder à leur tour par l'incision appropriée, lorsque la première plaie sera guérie. Et toujours, qu'il faille une ou plusieurs opérations, on explorera du pouce et de l'index gauches les parties voisines, pour enlever tout ce qu'on peut de la graine ganglionnaire. Dire que l'on réussit toujours ainsi une extirpation complète, au sens scientifique du terme, est inexact; mais mon élève R. Petit a montré dans sa thèse que 22 fois sur 49 les inoculations au cobaye avec les petits ganglions périphériques ont été stériles ; on a donc eu tort de dire qu'on ne réussit jamais.

Au cou, les opérations les plus complexes durent de 40 à 45 minutes : il y a dix ans, j'y mettais une heure, une heure et quart même, et mes opérations

(1) Suite : voir n° 36, p. 572, et n° 41, p. 641.
(2) Pour ma technique et mes résultats, consultez les thèses de mes élèves : Manson, Th. de doct., Paris, 1894-1895, n° 139, et R. Petit, Th. de doct., Paris, 1896-1897, n° 635.

Digitized by Google

étaient moins complètes, malgré une incision plus grande. Je crois tout à fait inutile de tracer ces incisions énormes et en zig-zag que parfois on a décrites; de diviser en travers le sterno-mastoïdien, comme on l'a conseillé ; on a même dit qu'il était bon, pour opérer complètement, de réséquer d'office la jugulaire (1).

A l'aisselle, on ne conteste guère la possibilité des éradications complètes : on tire une incision parallèle aux vaisseaux et prolongée vers la paroi thoracique, avec les ciseaux courbes on pénètre facilement entre les ganglions et cette paroi, puis on libère le bord du grand pectoral, qu'on récline sur un écarteur. Il devient alors facile d'aller accrocher avec l'index gauche le sommet du paquet, sous l'apophyse coracoïde, de l'attirer en bas et de disséquer l'artère et la veine aux ciseaux courbes, la convexité tournée vers elles, en allant de haut en bas.

A l'aine (2), nous retrouvons l'objection d'impossibilité. Or, ici encore, je la crois inexacte. L'extirpation se fait à l'aide d'une incision parallèle à l'arcade, sur laquelle on fait tomber au besoin un débridement inférieur, longitudinal. Dans cette région, encore plus qu'au cou, il faut pincer et lier avec soin les collatérales courtes qui unissent directement les ganglions aux gros vaisseaux ; au cou, il en est ainsi, avons-nous vu, pour la jugulaire, mais ici il en est de même pour l'artère. Lier la saphène n'a aucune importance. Quant au gros tronc de la veine fémorale sous l'arcade, je n'ai jamais eu besoin de le lier; mais si cela m'arrivait un jour je n'en serais pas autrement ému, car d'après les recherches modernes il semble bien que les accidents terribles attribués autrefois à cette ligature soient l'apanage de la ligature septique ; en tout cas, on ne saurait plus conseiller la ligature simultanée de l'artère pour éviter les accidents de gangrène dont a voulu accuser la ligature de la veine seule.

Après ces extirpations, où souvent des ganglions suppurés, fistuleux, ont été déchirés, morcelés, je crois bon de toucher avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/10 la plaie toujours contaminée à la fois par le bacille tuberculeux et par des microbes pyogènes. J'essuie soigneusement l'excédent avec un tampon sec. De 1890 à 1895, cette pratique ne m'a jamais suscité un incident quelconque; mais lorsque mon élève Manson a fait sa thèse, il a cru devoir étudier l'action du chlorure de zinc sur les grosses veines du chien ; à tout coup il a eu des eschares et des hémorrhagies secondaires mortelles, d'où il a inféré qu'il valait mieux s'abstenir de la manœuvre chez l'homme. Ces expériences sont exactes, mais elles prouvent une fois de plus que l'on a tort de conclure du chien à l'homme, et comme cette opinion est depuis longtemps la mienne, j'ai continué à toucher au chlorure de zinc des plaies où sont toujours dénudées les veines jugulaire, axillaire, inguinale ; sur 370 opérations, j'attends encore le premier accident.

Il est indispensable de drainer ces plaies avec un tube gros et long. Sauf au passage du drain, la plaie est suturée. La suture intra-dermique, bonne quand la peau est saine et l'incision nette, convient mal à ces peaux infiltrées, par place indurées, à ces incisions en partie échancrées à cause des extirpations de trajets fistuleux. Souvent, pendant trois ou quatre jours, a lieu un suintement séro-sanguin abondant. On peut laisser le drain jusqu'au huitième jour, date à laquelle on coupe les fils. Dans la grande majorité des cas j'ai obtenu la réunion immédiate parfaite; quand il y a eu suppuration, elle a presque toujours été légère. Aucun de mes opérés n'a succombé.

Je pense donc que l'extirpation est toujours anatomiquement possible, et que par conséquent elle doit primer toujours l'évidement. Dans le réquisitoire qu'à maintes reprises on a dressé contre elle, il faut remplacer le mot impossibilité par le mot difficulté. Mais quoi qu'on en ait prétendu parfois, de la difficulté on ne doit jamais tirer argument : de ce qu'une opération est difficile — et c'est le cas — on doit inférer qu'il est utile d'apprendre avec soin sa technique. L'impossibilité me paraît être purement relative au chirurgien, et si elle est proclamée par quelques opérateurs d'une habileté certaine, c'est peut-être en grande partie parce que, imbus d'un préjugé, ils se sont rebutés au premier obstacle, le prenant pour l'impossibilité prédite.

Nous devons partir de cette idée que l'extirpation est possible, que par conséquent les évidements et râclages sont en principe de mauvaises opérations, et que les indications sont à débattre entre trois conduites seulement : traitement médical isolé, injections interstitielles, extirpation. Je viens de dire à quelles formes spéciales cette dernière me paraît

(1) D'après G. Th. Beatson (*Brit. med. journ.*, London, 1898, t. II, p. 1124), qui approuve la proposition, le conseil est donné par Watson Cheyne.

(2) Sur les *adénites de l'aine*, consultez : Huguet, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1897, t. II, p. 162 et 293. — J.-R. Hayden, *Am. journ. of med. sc.*, Philad., 1895, t. XC, p. 159. — Lejars, *Presse méd.*, 1894, p. 164, et thèse de son élève Kechissoglou, th. de doct., Paris, 1893-1894, n° 452. — Lennander, *Centr. f. Chir.*, 1899, n° 37, p. 1001. — Sprengel, *Ibid.*, 17 nov. 1894, p. 1114. — Lauenstein, *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, Leipzig, 1893, t. XXXV, p. 573. — Klotz, *Berl. klin. Woch.*, 10 fév. 1890, p. 132. — Riesmeyer, *Med. News*, New-York, 14 nov. 1891, t. II, p. 569. — Sur le point spécial de la ligature de la veine et de ses dangers, on trouvera les éléments de la question dans les mémoires suivants : Kirmisson, De l'extirp. des tumeurs du triangle de Scarpa, *Rev. de chir.*, Paris, 10 mai 1886, p. 361. — Maubrac, Plaies et ligat. de la v. fémorale, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1889, t. I, p. 25. — Brico, Contrib. à l'ét. de la lig. de la v. fémor. au niveau de l'arc. crurale, Th. de doct., Lyon, 1889-1890, 1re série, n° 504.

Digitized by Google

convenir ; mais avant d'affirmer qu'elle doit leur être appliquée, il faut élucider deux questions : l'opération est-elle grave? est elle efficace ?

L'opération est-elle grave? c'est-à-dire sa gravité est-elle proportionnée à celle de la lésion traitée? Problème à envisager à deux points de vue : pour le pronostic vital ; pour les difformités consécutives.

D'abord, le pronostic vital ; à son tour il comporte l'étude de deux ordres d'accidents, ceux qui tiennent aux complications locales de la plaie ; ceux qui relèvent de la tuberculose, sur laquelle l'opération aurait une influence fâcheuse.

Comme point de comparaison, nous devons juger une question préalable : les adénites tuberculeuses sont-elles par elles-mêmes dangereuses? Il y a là ample matière à discussion, pour préciser jusqu'à quel point un foyer tuberculeux local est, pour l'organisme, une menace. Je n'entrerai pas dans ce débat, dont j'aurai à toucher un mot tout à l'heure, et j'admettrai que, l'adénopathie tuberculeuse n'étant pas grave par elle-même, nous n'avons le droit d'opérer que si notre mortalité est nulle. Proposition contestable, mais que je me garderai de contester, car, précisément, *la mortalité opératoire de l'extirpation est nulle.*

Bergmann (1), sans doute, a déclaré que l'hémorragie est assez abondante au cours de l'opération, pour qu'on n'ait pas le droit, en particulier, d'y exposer les enfants au-dessous de dix ans : j'ai opéré beaucoup d'enfants au-dessous de dix ans et je n'ai jamais rien vu de semblable. On nous objecte encore le décès noté par Milton après section du pneumogastrique : maladresse opératoire qui n'engage que la responsabilité de son auteur. Et nous traînons comme un boulet la mort communiquée par Poulet, en 1884, à la Société de chirurgie, mort qui a été le motif principal des conclusions défavorables opposées à l'extirpation par Chauvel et par la majorité de ses auditeurs.

En 1901, il est raisonnable de ne plus frémir devant une mort *par septicémie* qui date de 1884, car nous sommes aujourd'hui en possession d'une technique qui, pour les autres opérations comme pour celle que j'étudie ici, doit faire reviser les conclusions de nos devanciers. Il est aisé de prendre des statistiques remontant à 1871 et d'y trouver des morts : il m'est aisé de riposter que ma statistique personnelle, portant sur 370 cas opérés depuis 1890, est vierge de tout décès. Peut-être m'arrivera-t-il demain de laisser passer, par une fissure méconnue, l'inoculation septicémique fatale : toutes nos opérations en sont là et ces malheurs, d'une rareté extrême, ne comportent plus un enseignement général sur les indications et contre-indications opératoires. Ici, spécialement, nous devons savoir si la dénudation et la ligature aseptiques des gros troncs veineux sont ou non dangereuses : qu'il s'agisse de la jugulaire, de l'inguinale, de l'axillaire, la réponse est négative.

Mais, dira-t-on, avant d'avoir eu le temps d'oblitérer la brèche avec une pince hémostatique, ne risquez-vous pas l'*entrée de l'air dans les veines*, et ne savez-vous pas toute la gravité de cette complication, avec laquelle vous ne pouvez lutter de vitesse? Si, nous la connaissons : nous savons qu'autrefois, avant l'emploi des pinces hémostatiques, elle a causé des accidents mortels ; nous savons qu'elle a servi de thème à des expériences physiologiques du plus haut intérêt. Mais il y a un fait : pour les extirpations de ganglions du cou, elle est fort exceptionnelle, et, par exemple, Binet (1) n'a pu en trouver que deux cas. En 1832, Roux entendit le sifflement funèbre : et la mort survint *douze jours après*, avec suppuration, fièvre, diarrhée, coma ; puis nous faisons un bond jusqu'à nos jours, où Reynier a perdu *au 8e jour* une malade qui avait sifflé au cours de l'opération, mais qui eut pendant cette semaine de 38° à 40° de température. N'est-ce pas un peu différent de ce que nous enseigne la physiologie sur les accidents par entrée de l'air dans les veines, et ne peut-on, sans témérité, proposer une autre explication ?

En résumé, avec une technique bien réglée et une asepsie rigoureuse, l'extirpation des ganglions du cou est une opération bénigne. Mais ne laisse-t-elle pas après elle des traces plus difformes que celles de la lésion traitée par les moyens conservateurs ? Car à côté du pronostic vital, nous devons tenir compte du *résultat esthétique et fonctionnel.*

Les difformités et troubles fonctionnels reprochés à l'extirpation sont : 1° les déviations par sections musculaires ; 2° les paralysies par sections nerveuses ; 3° l'œdème éléphantiasique par obstruction des voies lymphatiques ; 4° la cicatrice.

1° On a quelquefois produit le *torticolis* par *section transversale du muscle sterno-mastoïdien* : accident exceptionnel et qui ne doit pas avoir lieu, car si on a coupé le muscle, on doit le suturer au catgut, et en éviter la déviation ultérieure ; et j'examine à peine cette éventualité, car cette section me paraît toujours inutile.

(1) Von Bergmann, *Gerhardt's Handb. der Kinderkrank.*, t. VI, 1re partie, p. 338, Tubingue, 1887. Voyez sur ce sujet, pour prouver la bénignité de l'extirpation chez l'enfant, outre la thèse déjà citée de Manson : Poore, *New-York med. journ.*, 25 juin 1898, t. I, p. 705. — Wohlgemuth, *Inaug. Diss.*, Berlin, 1889.

(1) Binet, Th. de doct., Paris, 1893-1894, n° 448. Il y a quelques autres observations modernes, mais très exceptionnelles et pas toutes probantes.

Digitized by Google

2° Les *sections nerveuses* peuvent porter sur l'hypoglosse, le spinal, le facial, le grand sympathique; les branches sensitives du plexus cervical superficiel sont négligeables et du plexus cervical profond il n'est jamais question. Chez une de mes opérées, quelques phénomènes oculo-pupillaires ont révélé, sans troubles notables, une section du sympathique. La langue peut être parésiée pendant quelques jours par suite de la malaxation du nerf hypoglosse, mais je n'ai jamais observé de paralysie persistante. Presque toujours, ai-je dit, on peut disséquer en la ménageant la branche sterno-mastoïdienne du spinal; dans les cas où je l'ai coupée, je n'en ai pas vu d'inconvénient, et Milton de même, après l'avoir sacrifiée plus de cinquante fois.

Pour la difformité consécutive, la lésion du nerf facial est plus importante, et chez un garçon auquel j'ai, il y a longtemps, avec un gros paquet cervical fistuleux, enlevé des ganglions parotidiens profonds et suppurés, j'ai sectionné le tronc du nerf, d'où une paralysie faciale complète. C'est un fait exceptionnel. La division de la branche cervico-faciale est moins rare, et de temps en temps on en voit résulter une déviation de la lèvre inférieure du côté correspondant : mais cette déviation n'est appréciable que lorsque le sujet parle ou mange, et d'autre part elle est presque toujours passagère.

3° On s'est demandé si, après suppression complète des ganglions d'une région et de leurs vaisseaux afférents et efférents, l'obstruction du cours de la lymphe n'aurait pas pour résultat une stase œdémateuse et éléphantiasique dans les territoires correspondants (1). D'après C. Bayer (de Prague), il n'en saurait être ainsi, car des voies lymphatiques se régénèrent vite dans le tissu conjonctif; il y a même néoformation ganglionnaire. Mais Riedel est venu avec des faits d'œdème éléphantiasique des membres supérieur et inférieur après évidement de l'aisselle et de l'aine : observations sans valeur, a répondu Bayer, car dans l'une on n'a aucun renseignement sur l'acte opératoire, et on ignore s'il n'y a pas eu ligature de la veine; car dans les deux la plaie a largement suppuré et ce qui cause les accidents, ce n'est pas la suppression des ganglions, mais la constriction des veines par le tissu inodulaire dans lequel, en outre, ne se régénèrent pas les voies lymphatiques. Le reproche doit donc être adressé à l'antisepsie insuffisante et non à l'opération bien réussie. Par extirpation des ganglions du cou, j'ai observé deux cas légers d'œdème facial tardif, qu'on trouvera relatés dans la thèse de Manson. Mes opérations sur l'aisselle et l'aine n'ont jamais eu cette conséquence.

4° Sauf l'œdème, les autres reproches adressés aux résultats locaux concernent exclusivement la région cervicale; de même c'est au cou seulement qu'on doit faire entrer en ligne de compte la cicatriee consécutive à l'opération. Sans contredit, nous devons faire tous nos efforts, chez la femme surtout, pour l'éviter complètement et, si c'est impossible, pour la réduire au minimum; et c'est pour cela qu'il ne faut jamais enlever les petits ganglions cervicaux non suppurés que peut faire fondre le traitement médical, ni ceux qui, suppurés, relèvent de l'injection iodoformée. Mais dans les trois formes pour lesquelles l'extirpation me paraît recommandable, pour les formes lymphomateuses et caséeuses rebelles à la médecine et pour la forme fistuleuse, la cicatrice cesse de devenir un argument de premier ordre. N'oublions pas que, chez une jeune femme qu'il croyait atteinte « d'hypertrophie », Verneuil lui-même (1) a enlevé des ganglions sous-maxillaires par mesure esthétique, pour remplacer leur saillie par une cicatrice bien placée, linéaire : et il a eu parfaitement raison. Quand on enlève des ganglions lymphomateux ou même caséeux, on est maître du siège, de la direction de l'incision, on peut la faire petite, la dissimuler dans un pli naturel, la réunir parfaitement, soit par la suture intradermique, soit mieux par les agrafes Michel. Or les ganglions laissés sur place constituent une tumeur fort laide; et je répète que le résultat n'est pas toujours artistiquement idéal quand on les fait suppurer l'un après l'autre par des injections interstitielles.

On nous montrera des opérés à cicatrice disgracieuse : à ceux-là ont été enlevés des paquets fistuleux, et la cicatrice opératoire est moins laide que les cicatrices spontanées.

Cette discussion des inconvénients locaux nous conduit à penser que l'extirpation des ganglions formant à proprement parler tumeur, est la méthode de choix pour l'aine et l'aisselle; qu'elle ne doit être entreprise au cou que dans certaines conditions déterminées d'esthétique. Mais nous arrivons maintenant à une condamnation en bloc, parce que les opérations sanglantes seraient capables de causer indirectement la mort, en aggravant les lésions tuberculeuses concomitantes.

(A suivre.)

(1) Bayer, Ueber Regeneration und Neubildung der Lymphdrüsen, *Prager Zeitsch. f. Heilk.*, 1885, t. VI, p. 105. — Riedel, Dauerndes Œdem, etc., *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1894, t. XLVII, p. 216. — C. Bayer, *Ibid.*, 1894-1895, t. XLIX, p. 637.

(1) A. Ricard. Note sur une variété d'adénopathie cervicale chronique non tuberculeuse, *Congr. franç. de chir.*, 1889, t. IV, p. 671.

Digitized by Google

HYGIÈNE

La contamination des eaux

par Ch. Fiessinger
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Deux maladies redoutables se transmettent par l'eau : la fièvre typhoïde et le choléra. C'est surtout la première que le praticien croise au cours de sa carrière, les rencontres avec le choléra se montrant bien plus rares.

Dans les campagnes, alors qu'une épidémie de fièvre typhoïde infecte un village, il est d'ordinaire aisé de mettre la main sur la cause : un puits contaminé par les déjections typhiques versées sur le fumier voisin. On condamne le puits ; l'épidémie cesse. Les villes alimentées par une rivière nourrissent couramment la fièvre typhoïde à l'état endémo-épidémique. Nulle difficulté à trouver l'origine : c'est l'eau de la rivière servant à la consommation qui est coupable. Lorsqu'il s'agit d'une localité qui a la chance d'offrir à ses habitants de l'eau de source, les hésitations commencent. Où s'opère la contamination, à la source ou à travers la canalisation ? L'examen topographique des lieux, les analyses des eaux lèveront souvent le doute. On trouvera un sol calcaire et fissuré qui, s'il a été infecté par les matières d'un typhique, permettra l'infiltration du sous-sol et la souillure de la source à distance, ou bien l'examen bactériologique en reconnaissant la bonne qualité de l'eau de la source révélera au contraire la souillure dans le parcours de la canalisation.

A quel endroit de la canalisation s'opère la contamination? Des solutions d'une matière colorante répandues sur le sol dans les parties douteuses auront vite fait par la pénétration de la matière colorante au niveau de la fissure soupçonnée, de teinter l'eau et de révéler qu'on est tombé juste.

Lorsque c'est la source au contraire qui est infectée, un grave problème se pose. Faut-il condamner la source et en capter une nouvelle? Mais si des habitations dominent la source nouvelle, le jour où une fièvre typhoïde éclatera dans ces dernières, tous les risques réapparaîtront et seront de rechef à craindre, pour peu que le sous-sol soit protégé par une couche de terre insuffisante et que le logement infecté ne soit pas pourvu, comme il arrive d'ordinaire, de fosses murées et étanches. Et alors, tout sera à recommencer. Les travaux exécutés auront été inutiles; le budget communal aura été grevé de dépenses dont le résultat sera resté nul.

Aussi et en pareille conjoncture, plutôt que de s'astreindre à de nouveaux traitements qui ne donneront pas toujours la satisfaction attendue, mieux vaut, dans les pays calcaires et à sous-sol spongieux, corriger dans la mesure du possible la cause du mal. On ne changera pas de source, on cherchera à améliorer celle qui est contaminée.

A cet égard, les filtres jouissent d'une efficacité plus grande que celle qu'on leur concède d'habitude. Seulement pour qu'on ait droit de compter sur leurs effets, il faut les multiplier et ne pas se contenter d'un seul.

La ville d'Albany, en Amérique vient d'utiliser ce mode d'épuration des eaux avec un remarquable succès (1). Les eaux potables lui étant fournies par le fleuve l'Hudson, sont reçues dans un vaste bassin de décantation. De ce bassin, elles passent à travers une série de huit filtres formés de couches successives de gravier de plus en plus fin, puis à la surface de sable. L'épaisseur totale des filtres est d'environ 1 m. 60, dont 1 m. 20 pour la couche de sable supérieure. Périodiquement, la couche supérieure du sable est enlevée, nettoyée et redistribuée sur le filtre.

Les conséquences de cette installation ne se sont pas fait attendre. La mortalité de la fièvre typhoïde étant en moyenne et pour les dix dernières années de 84, est tombée immédiatement à 39, et de ce chiffre de 39, il convient de retrancher 14 cas d'importation, ce qui porte la diminution réelle de 84 à 25, c'est-à-dire un abaissement de plus des deux tiers.

Les villes qui étant alimentées par une eau impure sont vouées à la fièvre typhoïde, peuvent fort bien mettre à exécution ce mode d'épuration de leurs eaux. Il est probable que la morbidité typhoïdique y sera immédiatement réduite.

Que les municipalités suppriment ensuite les fosses fixes, réalisent le tout à l'égout, ou veillent au moins par un moyen ou un autre à ce que les odeurs des latrines n'infectent pas les habitations, un second grand progrès sera réalisé. Car dans les endémo-épidémies qui règnent dans un grand nombre de villes, plusieurs facteurs étiologiques sont relevés à la source de la maladie : d'abord la souillure de l'eau. C'est elle qui est la cause principale. Elle apporte la fièvre, la dissémine tout d'abord et un peu au hasard dans tous les quartiers alimentés par cette eau.

Puis, peu à peu, la maladie se tasse, se groupe de préférence dans certaines rues, dans certaines maisons, tout en continuant de choisir ses victimes encore ailleurs. Les odeurs dégagées des fosses d'aisances où sont déversées les selles des typhiques sont une des causes de cette agglomération de malades dans une même

(1) *Revue Scientifique*, 21 septembre 1901.

Digitized by Google

maison ; elles semblent favoriser le développement du germe pathogène apporté par l'eau. La contagion d'un typhique à son entourage, intervient de son côté pour accumuler les fiévreux dans un même logement. C'est une cause seconde de propagation du mal, au même titre que la malpropreté des latrines.

La cause principale demeure toujours l'eau. Quand l'épidémie dure depuis quelques années dans une ville, ces causes secondes d'infection par l'importance qu'elles revêtent, peuvent tout d'abord égarer les recherches. Elles semblent revendiquer l'honneur d'une cause principale. L'examen bactériologique des eaux souvent négatif quand la contamination est ancienne — car le bacille typhique voit ses caractères modifiés par un séjour prolongé dans l'eau et sa vitalité moindre suffisante pour donner la fièvre typhoïde à l'homme est insuffisante pour former des colonies après culture — cet examen bactériologique négatif, en semblant dégager l'eau de son rôle nocif, vient renforcer l'idée d'une contamination par le sol et l'air. En général, c'est une erreur.

Toute grosse épidémie de fièvre typhoïde relève d'une transmission par l'eau. C'est là un fait que les municipalités feront bien de méditer.

Le jour n'est pas loin où ces nouvelles données scientifiques impliqueront des obligations morales et des devoirs neufs à ceux qui ont la charge de l'administration et de la santé publiques. La sanction manque encore ; espérons qu'elle ne tardera pas. Pourront être poursuivis pour homicide par imprudence les maires qui négligeront de faire leur devoir.

Formulaire du Praticien

Traitement des ménorrhagies. — Lorsque les règles sont très abondantes, profuses, et qu'elles affaiblissent la malade, il est indiqué de les arrêter par l'administration de divers agents hémostatiques ; à ceux-ci d'ailleurs il faut toujours ajouter le traitement local, repos au lit, injections très chaudes répétées.

L'ergot sera employé sous toutes ses formes : on pourra l'administrer en pilules suivant la formule :

Poudre d'ergot de seigle.....	3 grammes
Poudre de feuilles de digitale..	1 —

Pour 20 pilules : 4 par jour.

en potion avec :

Teinture d'ergot	ãã 2 grammes
— de haschich.....	
Sirop de cachou	ãã 60 grammes
Eau distillée	

Par cuillerée à bouche toutes les heures.

L'ergotine en injection sous-cutanée agira plus vite :

Ergotine	1 gramme
Eau distillée.....	15 —

Une ou deux seringues de Pravaz.

Ou bien :

Ergotine	1 gramme
Eau de laurier-cerise.....	5 —

Injecter XV à XX gouttes.

On pourra aussi employer l'ergotinine :

Chlorhydrate d'ergotinine.....	0 gr. 01
Eau distillée	10 grammes

Une demi-seringue de Pravaz toutes les heures jusqu'à arrêt complet de l'hémorrhagie.

L'hamamelis virginica, seul ou associé à l'ergot, à l'extrait de chanvre indien, est un bon hémostatique; on pourra le donner d'après la formule suivante, conseillée par M. Cornet.

Ergotine.....	4 grammes
Extrait d'hamamelis.....	5 —
Extrait de chanvre indien	1 —
Sirop de ratanhia.....	30 —
Eau distillée.....	120 —

Par cuillerée à dessert toutes les deux heures.

L'hydrastis canadensis pourra être administré sous forme de teinture alcoolique (XX à XXX gouttes par jour), ou d'extrait fluide d'hydrastis (LX gouttes en trois fois dans la journée).

Voici une bonne formule :

Teinture d'hydrastis.....	2 grammes
— de canelle.....	10 —
Extrait thébaïque.....	0 gr. 10
Sirop d'oranges amères.....	30 grammes
Eau distillée	100 —

Par cuillerée à bouche toutes les heures.

Enfin, et *ad libitum*, eau de Léchelle.

Lors d'anémie marquée il faudra recourir aux injections sous-cutanées de sérum artificiel et instituer un traitement tonique.

Anesthésie locale par l'antipyrine. — La solution à employer est la suivante :

Antipyrine.....	5 grammes
Eau.....	10 —

Ces injections étant douloureuses et irritantes, on a conseillé d'y ajouter du chlorhydrate de cocaïne, 10 à 20 milligr. par injection.

Terrier et Pereire conseillent cette formule :

Poudre d'antipyrine.....	2 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 04
Eau filtrée bouillie.....	4 grammes

chaque seringue contient 50 centigr. d'antipyrine et 1 centigr. de cocaïne; une à trois injections sous-cutanées.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Cyanose tardive d'origine périphérique. — On connaît par le travail de Bard et Curtillet (1889), la forme tardive de la maladie bleue, survenant chez des sujets âgés dont l'occlusion du trou de Botal ne s'est pas achevée. Ces auteurs ont démontré que la cyanose était alors la conséquence d'une inversion de pression sanguine entre les deux oreillettes, à l'occasion d'une affection pulmonaire aiguë. En pareil cas, la pression du sang dans l'oreillette droite est prédominante, et la valvule de Vieussens, non soudée à la paroi du septum, flotte comme un voile membraneux sur les côtés du trou de Botal qu'elle laisse ouvert. La pathogénie de ce fait est contrôlée par une autre observation, rapportée par ces auteurs, dans laquelle ils constatèrent l'absence de cyanose avec persistance du trou de Botal, chez un sujet atteint de rétrécissement mitral : l'hypertension anormale de l'oreillette gauche avait compensé l'insuffisance de l'occlusion du septum.

Dans un second travail (1899), Bard étudie le type périphérique de la cyanose tardive. Le mélange des deux sangs survient alors, non plus dans le cœur, mais par l'intermédiaire des lésions vasculaires qui accompagnent les altérations broncho-pulmonaires.

Une observation récente de Thomas (*Zeitsch. für klin. med.* Bd 42, p. 60), vient confirmer l'hypothèse de Bard.

Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, dyspnéique et toussant chaque hiver depuis plusieurs années; la toux, la dyspnée et l'œdème des jambes ont été les principaux symptomes, observés un mois avant son entrée à l'hôpital.

Son état actuel est caractérisé par les signes suivants : amaigrissement notable, légère scoliose, avec forte saillie de la cage thoracique; inspiration pénible, œdème pulmonaire des bases, emphysème, crachats abondants et teintés de rouge, *cyanose de la face et des extrémités, surtout des mains;* matité cardiaque normale, légère arythmie; ni souffles, ni bruits surajoutés; pouls régulier et tendu à 100 p. m.; œdème blanc des extrémités; foie légèrement augmenté de volume; nombre de globules rouges, 6851000, globules blancs 11160.

Quelques jours après, la cyanose augmente; le sommet du poumon droit est le siège en avant d'une respiration affaiblie, en arrière d'une respiration bronchique; le choc du cœur est très apparent à l'épigastre où l'on perçoit un bruit de galop; ni pouls veineux, ni dilatation des veines jugulaires. Puis, la fréquence du pouls s'accroît et devient très intense la veille de la mort, tandis que la cyanose semble s'atténuer. On pratique une saignée et le malade meurt subitement le jour même, après une observation de huit jours.

A l'autopsie, le *trou de Botal est complètement fermé;* le cœur droit est dilaté et hypertrophié, le gauche normal; l'aorte est atteinte d'endartérite chronique déformante. La lésion principale occupe le poumon droit : caverne multiloculaire du sommet, communiquant avec une large bronche. Pas de tuberculose. Anthracose pulmonaire et emphysème. Bronchiectasie et adhérence pleurale du sommet. Induration pneumonique de la base avec œdème et emphysème. Dilatation notable des vaisseaux péribronchiques (jusqu'à 0,017 c.)

D'après Thomas, la cyanose ne pouvait être rapportée dans ce cas à l'état du cœur. Du reste, c'est au moment où l'activité du cœur s'éteignait, c'est à-dire peu de temps avant la mort, que la cyanose a paru diminuer d'intensité. Ce fait semble plaider en faveur de son origine pulmonaire. Comme dans l'observation de Bard, Thomas rattache la cyanose à l'hématose incomplète du fait des lésions du poumon, et au *passage du sang noir dans les veines pulmonaires,* facilité par le développement excessif des vaisseaux dans les tissus lésés.

Cette hypothèse se retrouve d'ailleurs dans les traités de maladies de l'enfance au chapitre de l'atélectasie, et dans quelques observations de bronchiectasie. — A. Wr.

Circulation du sang porte dans le foie et localisations lobaires hépatiques. — Malgré les nombreuses recherches que l'on a faites sur les rapports, en pathologie, de l'intestin et du foie, la pathogénie de beaucoup de faits cliniques reste encore obscure. Le Dr Henry Sérégé (*Journal de médecine de Bordeaux* 1901) se propose d'expliquer la cause anatomique de ces rapports pathologiques.

D'après ses nombreuses expériences, il y aurait, dans la veine porte, deux courants de sang ne se mélangeant pas : l'un, venant des veines splénique et petite mésentérique réunies et allant au lobe gauche du foie; l'autre, issu de la grande veine mésentérique et allant au lobe droit. Le splénique apporte le sang de la rate, de l'estomac et celui de la deuxième moitié du gros intestin (petite mésentérique). Ces territoires d'origine participent fort peu à l'absorption et sont le siège de putréfactions nombreuses. Le

Digitized by Google

territoire de la grande mésentérique, au contraire (tout le petit intestin et la première moitié du gros) est le siège de putréfactions modérées et comprend presque toute la partie absorbante du tube digestif.

Mécaniquement, les deux courants se heurtent à angle droit, et doivent prendre une direction parallèle, sans se confondre, puis passer, celui de droite, dans la branche de bifurcation droite de la veine porte, et celui de gauche, dans la branche gauche. D'ailleurs, physiquement, la différence de densité des deux sangs intervient pour empêcher leur mélange (sang mésentériqee, D = 1025, point de congélation = 0°58, — sang splénique, D = 1029, point de congélation 0°85 (Jolyet). L'anatomie comparée nous montre souvent le foie séparé en lobes distincts recevant leurs veines propres.

Des injections aqueuses et des injections colorées (Glénard et Siraud) chez l'homme et chez le chien ont prouvé qu'il n'existe pas d'anastomoses entre les branches portes des deux lobes, pas plus d'ailleurs qu'entre leurs canaux biliaires et leurs veines sus-hépatiques. Le foie se trouve ainsi divisé en deux parties nettement séparées : d'un côté le lobe gauche et le lobe carré ; de l'autre le lobe droit et le lobe de Spiegel. L'auteur a pratiqué chez des animaux des injections d'encre de Chine dans les petites veines d'origine de la mésentérique et de la splénique, et a ainsi obtenu respectivement des embolies dans le lobe droit ou dans le gauche.

La clinique est toujours d'accord avec ces constatations expérimentales. Dans la dysenterie, quand les ulcérations siègent au cœcum, on observe des abcès du lobe droit du foie, et des abcès du lobe gauche quand les ulcérations siègent au rectum ou à l'S iliaque. Les néoplasmes du petit intestin et ceux du cœcum se propagent au lobe droit, ceux de l'estomac et du rectum au lobe gauche. Les gastrites chroniques se compliquent d'abcès du lobe gauche ; les périty phlites et les appendicites, d'abcès du lobe droit. Glénard a démontré que dans le diabète, c'est surtout le lobe droit du foie qui s'hypertrophie ; il reçoit en effet tout le sang de la digestion intestinale : on comprend dès lors l'influence de la diététique en pareil cas.

Il y a donc une relation fonctionnelle étroite et constante entre chacune des branches d'origine de la veine porte et chacun des lobes du foie. — P. B.

La paralysie associée de la 6e et de la 7e paire. — La paralysie associée des nerfs facial et moteur oculaire externe, soit qu'elle constitue tout le syndrome clinique, soit qu'elle coexiste avec une paralysie des membres ou avec d'autres symptômes cérébraux, constitue un syndrome important pour le diagnostic des tumeurs cérébrales, M. Troitsky (*Th. de Paris* 1901) en a fait récemment une bonne étude, et a montré tout le parti qu'on en pouvait tirer en séméiologie cérébrale.

Les causes productives de ce syndrome sont les maladies infectieuses, particulièrement l'infection puerpérale, les oreillons, la grippe ; les infections chroniques, agissant comme causes productrices de tumeurs (gommes syphilitiques, tubercules); les tumeurs cérébrales (gliomes, cancers, anévrysmes); des hémorrhagies ou ramollissements protubérantiels ; les maladies toxiques et dyscrasiques (alcoolisme); les fractures de la base du crâne ; les otites moyennes ou internes ; le tabes et la sclérose en plaques, la syringomyélie. Signalons enfin la possibilité de paralysies associées d'origine hystérique et la fréquence relative de leur origine congénitale.

La paralysie associée des deux nerfs peut reconnaître divers mécanismes pathogéniques : tantôt il s'agit d'une compression des noyaux bulbaires ou des fibres qui en émanent (en cas de tumeur, d'hémorrhagie, de ramollissement) ; tantôt c'est une lésion traumatique des troncs nerveux (fracture du rocher); tantôt c'est une névrite infectieuse ou toxique, ou une névrite par compression (en cas de méningite) ; enfin, dans les cas de paralysie associée d'origine congénitale, il s'agit très probablement d'une anomalie de développement au cours de la vie fœtale.

Cliniquement, le syndrome est variable suivant que l'on a affaire à une paralysie d'origine intra-nucléaire ou à une paralysie d'origine nucléaire : dans le premier cas, on observe tous les signes de paralysie de chacun des deux nerfs ; dans le second cas, existent les signes d'une paralysie faciale d'origine centrale et d'une paralysie du moteur oculaire externe, mais avec déviation conjuguée des yeux ; en sorte que, dans la vision binoculaire, il paraît y avoir paralysie du moteur oculaire externe d'un côté, et paralysie du moteur oculaire interne de l'autre. Le syndrome peut rester à l'état isolé, mais fréquemment existent des phénomènes concomitants de deux ordres : les uns, symptômes de la maladie causale, permettront le diagnostic étiologique, les autres sont des symptômes encéphaliques surajoutés, principalement du côté de la motricité des membres et permettront le diagnostic topographique de la lésion.

L'évolution de cette paralysie associée est très variable, et dépend avant tout de la cause qui l'a produite. Au cours des infections aiguës et des polynévrites, on peut voir la guérison survenir rapidement; il en est de même dans la syphilis, sous l'influence du traitement. Au contraire, dans la plupart des tumeurs cérébrales et dans les fractures du crâne, la paralysie persiste indéfiniment, et souvent ne fait

Digitized by Google

que s'accentuer jusqu'à la mort. Dans les paralysies congénitales, la vie n'est nullement en danger, mais la paralysie est définitive. — B. H.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Injections extra-durales de cocaïne et de sérum dans le traitement de la sciatique et du lumbago. — Les injections extra ou épi-durales de cocaïne sont à l'ordre du jour. Le Dr Thiellement (*Thèse de Paris*, 1901) a traité par ce procédé des névralgies, sciatiques ou iléo-lombaires. Dans la plupart des cas, la douleur disparaissait entièrement huit minutes après l'injection, mais reparaissait deux à trois jours après. Il n'y eut jamais d'accidents d'intoxication. Cette remarquable innocuité de la cocaïne administrée par le canal sacré s'expliquerait grâce à sa rapide diffusion dans le torrent circulatoire et, par suite, grâce à la rapidité de son élimination. On sait, en effet, d'après Cathelin, que l'espace épi-dural est occupé presque totalement par de riches plexus intra-rachidiens dont la présence favorise l'absorption des substances injectées.

Mais, d'autre part, comme l'ont démontré les expériences de Schleich, une injection sous-cutanée d'eau provoque de la douleur suivie bientôt d'analgésie locale. Le sérum artificiel à 6 0/00 ne provoque ni douleur ni analgésie. La solution de chlorure de sodium à 2 0/00 détermine seulement de l'analgésie, sans douleur préalable.

Partant de ces faits, l'auteur pense, avec M. le Pr Pouchet, qu'à l'eau distillée, véhicule de la cocaïne, revient une grande part de l'action analgésiante dans les injections épi-durales. Le liquide agirait par ischémie, par compression des tissus et des nerfs, enfin, par sa température, toutes causes propres à déterminer des modifications locales histologiques et biologiques.

Dans des cas de sciatique et de lumbago, l'auteur a obtenu des succès constants et durables, en injectant dans le canal sacré 4 centimètres cubes de solution de chlorure de sodium à 2 0/00. Ce procédé donne des résultats au moins égaux, sinon supérieurs, à ceux que donne l'emploi de la cocaïne, et a l'avantage de pouvoir être répété très souvent, sans que l'on ait à redouter la possibilité d'accidents toxiques. — P. B.

Le traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence. — Les courants de haute fréquence sont employés depuis plusieurs années par M. Brocq, pour le traitement du lupus érythémateux : M. Jacquot (*Th. de Paris*, 1901) en précise le manuel opératoire, tel qu'il est appliqué dans le service de son inventeur, et indique les résultats obtenus. Ce mode d'application de l'électricité parait être la méthode de choix dans le traitement de la forme du lupus érythémateux qui a reçu le nom de lupus érythémateux symétrique aberrant, ou d'érythème centrifuge symétrique, c'est-à-dire de cette forme qui possède une localisation spéciale aux deux joues, aux pommettes, à la face dorsale du nez, quelquefois à d'autres parties du corps : il est moins efficace contre le lupus érythémateux fixe, où les autres traitements conservent toute leur valeur.

L'électrode condensatrice doit être appliquée sur les bords de la lésion, en dépassant largement la limite apparente du mal. Plus la lésion est ancienne, plus la durée et l'intensité de l'application des effluves doivent être grandes. Les applications doivent être faites une ou deux fois par semaine, trois au maximum : le nombre des applications devant toujours être proportionné au degré de la réaction cutanée.

Le traitement, peu douloureux, détermine toujours une certaine irritation, marquée par une rougeur assez vive des tissus au pourtour de la lésion, par une croûtelles au niveau de la lésion elle-même : lorsqu'il n'y a plus de formation de croûtelles, mais seulement dessication de la région soumise aux effluves, c'est que la guérison approche ; la peau devient lisse et souple, le placard qui l'indurait disparait, puis la peau reprend sa coloration normale ; parfois cependant, les tissus restent absolument décolorés et entourés d'une zone fortement pigmentée.

La durée d'application des effluves varie de deux à cinq minutes par placard, mais doit être augmentée ou diminuée suivant l'irritation des téguments et la marche de l'affection. Les grands avantages de cette méthode sont précisément, avec la brièveté des séances, l'absence de douleur, la possibilité pour le malade de continuer ses occupations, et l'absence d'accidents consécutifs. — B. H.

SYPHILIGRAPHIE

Syphilis utérine tardive. — On doit entendre sous le nom de syphilis tardive de l'utérus, les gommes et les altérations vasculaires et parenchymateuses qui donnent lieu à un syndrome clinique spécial.

La question vient d'être étudiée récemment par le Dr P. G. Spinelli (*Archivio italiano di Ginecologia*, a III, 21 décembre 1900, no 6).

Malgré le mutisme ou même la négation de certains syphiligraphes, et non des moindres, l'exis-

Digitized by Google

tence de la syphilis utérine ne doit plus être mise en doute ; mais elle est surtout vue par les gynécologues. Le Dr Spinelli en donne sept observations concluantes. Trois des femmes, encore dans la période génitale de la vie, avaient de 35 à 40 ans, les quatre autres avaient atteint l'âge critique, et comptaient de 52 à 63 ans.

La confusion de l'affection se fait le plus souvent avec l'épithélioma, parfois avec les tubercules.

Le syndrome morbide présenté par les malades varie un peu selon que les femmes sont ou ne sont plus réglées.

Chez les femmes réglées, on observe l'accouchement prématuré, quelquefois à terme et l'avortement.

On constate surtout des métrorrhagies de plus en plus rapprochées et abondantes.

L'utérus est hypertrophié et également augmenté de volume.

La muqueuse n'offre que des lésions insignifiantes. Rien aux annexes.

Le curettage ne donne qu'une amélioration passagère, pas plus que la méthode d'Apostoli et que les astringents. Par contre le traitement spécifique régularise la menstruation et arrête les métrorrhagies.

Chez les femmes arrivées à la ménopause, il y a des pertes sanguines et blanches. Les métrorrhagies ne prennent pas le caractère alarmant. Au syndrome s'ajoute une sensation de faiblesse, de cachexie. A l'examen, atrophie sénile du col et du corps utérin et des plis vaginaux. Tout s'améliore rapidement par le traitement anti syphilitique.

Les hémorrhagies sont le résultat de l'endartérite syphilitique.

Dans les cas de métrorrhagies rebelles, publiées par divers auteurs, il y a peut-être lieu de mettre en cause la syphilis.

La syphilis utérine tardive serait plus fréquente qu'on ne le suppose. — H. G.

Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive. — Le cadre de l'hérédo-syphilis, et particulièrement de l'hérédo syphilis tardive s'élargit de plus en plus, surtout si l'on comprend sous ce nom les syphilis qui, après s'être manifestées pendant les premiers mois de la vie par quelque manifestation spécifique, gardent un silence de dix, vingt, trente années, puis se traduisent par quelque nouvel accident. Parmi ces accidents, l'un des plus fréquents est la gomme, comme nous le montrent les nombreuses observations qu'a réunies M. Diart (*Th. de Paris 1901*) dans un très consciencieux travail sur ce sujet.

La gomme héréditaire tardive a un maximum de fréquence entre dix et vingt ans : l'époque de la puberté, chez la jeune fille notamment, est son époque de prédilection. Après vingt cinq ans elles deviennent très rares. Elles paraissent trouver parfois une cause occasionnelle dans un traumatisme ou une intervention chirurgicale. Les gommes viscérales sont beaucoup plus rares que les gommes cutanées ou sous-cutanées : elles sont d'ailleurs rarement diagnostiquées et constituent presque toujours une trouvaille d'autopsie.

Les symptômes et l'évolution de la gomme hérédo-syphilitique sont exactement les mêmes que ceux de la gomme par syphilis acquise. Notons cependant qu'elle possède deux sièges d'élection, la jambe, presque toujours dans sa région antérieure, et la cavité bucco-pharyngée. Sa terminaison, comme celle des lésions acquises, est subordonnée au traitement spécifique.

La question du diagnostic est ici de la plus haute importance : méconnu, il peut occasionner des désordres irréparables. Le diagnostic de la lésion, le premier qui doive être posé, est basé d'une part sur les caractères fournis par l'étude objective de la lésion, d'autre part sur l'épreuve du traitement spécifique, qui, en cas de doute, doit toujours être institué. Le diagnostic de l'origine repose, d'une part sur les signes fournis par le sujet (stigmates hérédo-syphilitiques et antécédents hérédo-syphilitiques), d'autre part sur l'enquête menée auprès de la famille : enquête qui doit consister non-seulement dans l'interrogatoire des parents, mais encore, si l'aveu de syphilis n'est pas obtenu, dans la recherche chez eux des stigmates de syphilis acquise, et dans l'examen des autres enfants des père et mère.

Le traitement spécifique, comme nous l'avons déjà dit, doit être mis en œuvre non-seulement dès que le diagnostic sera posé d'une façon ferme, mais encore si le diagnostic n'est que probable : il doit être aussi précoce que possible, afin d'éviter des délabrements parfois redoutables. Localement, le meilleur traitement consiste dans l'occlusion du foyer gommeux par des bandelettes imbriquées de taffetas de Vigo. Quant au traitement général il sera mixte : iodure de potassium à la dose moyenne de 3 grammes par jour, à dose plus considérable s'il y a une tendance au phagédénisme ; mercure, sous forme d'injections sous-cutanées de sels solubles ou insolubles. La lésion guérie, il sera nécessaire de traiter pendant un certain temps la diathèse, par des cures alternatives de mercure et d'iodure, auxquelles on pourra ajouter des préparations phosphatées, martiales, de l'huile de foie de morue. — B. H.

Digitized by Google

CHIRURGIE

De l'omphalocèle congénitale des nouveau-nés. — C'est une tumeur de l'ombilic constituée par des organes qui ne sont pas rentrés dans l'abdomen ou qui en sont sortis recouverts par la membrane de Rathke ou le péritoine, par une couche de gélatine de Warthon et enfin par l'amnios qui fait suite au cordon.

Au point de vue embryologique, le Dr Meunier (*Th. Paris*) distingue plusieurs groupes :

1° Les éventrations sans enveloppe présentant souvent des adhérences entre les viscères herniés et l'amnios, accompagnées le plus souvent d'autres malformations et incompatibles avec la vie.

Eventrations embryonnaires dont l'enveloppe interne est constituée par la membrane de Rathke, dont le pédicule est peu marqué et sans anneau ; omphalocèles viscérales du cordon ; omphalocèles diverticulaires du cordon, fistules borgnes ; omphalocèles urineuses, fistules urinaires.

Cette catégorie de hernies se produit pendant les trois premiers mois ; l'enveloppe externe est constituée par l'amnios.

2° Les omphalocèles fœtales qui présentent le même aspect que l'éventration embryonnaire, mais dont la membrane interne est le péritoine, et sont plus nettement pédiculées par l'anneau ; l'enveloppe externe est encore l'amnios.

3° Les omphalocèles mixtes où se trouvent réunis les deux processus embryonnaire et fœtal, amnios.

4° Enfin, les hernies des premiers mois de la vie, dont la laxité congénitale de l'anneau permet la formation recouverte par la peau.

Cliniquement, ce qui importe le plus dans l'histoire des omphalocèles, ce sont les indications opératoires. On opérera :

Les hernies volumineuses irréductibles ou non, renfermant l'intestin avec ou sans le foie, à condition que la paroi abdominale soit assez étoffée pour pouvoir refermer le ventre sans compression exagérée.

Les hernies de moyen volume, irréductibles en totalité ou en partie.

Les hernies petites, munies d'un sac à faible vitalité, c'est-à-dire mince et transparent.

Les hernies petites, irréductibles, tendant ou non à s'accroître ; enfin celles dont le sac est éraillé ou rompu.

On n'interviendra pas : quand l'affrontement est impossible ; quand l'enfant n'est pas viable, ou qu'il présente des lésions incompatibles avec l'existence, une imperforation anale, par exemple, qu'il faut traiter avant tout, enfin s'il s'agit d'une petite hernie réductible à sac suffisant qui peut guérir spontanément.

Si l'on n'a pas la main forcée par des accidents, on opérera le lendemain, après avoir fait un pansement avec une poudre antiseptique ; si la lésion a plus d'un jour de date quand on voit l'enfant, il faut opérer au plus tôt. Le début d'une péritonite n'est pas une contre-indication.

Le pronostic de ces malformations est très avantageusement modifié par l'opération.

La cure radicale, d'après les procédés analogues à celui de M. Berger, est la seule opération qui donne de bons résultats, c'est-à-dire ouverture du péritoine et omphalectomie d'emblée ou consécutive.

Les omphalocèles, trop volumineuses pour être opérées, mais qui sont réductibles, sont d'un pronostic relativement bénin puisqu'elles guérissent le plus souvent par les seules forces de la nature, et avec un pansement antiseptique légèrement compressif.

Les hernies des premiers mois de la vie guérissent spontanément dans la majorité des cas. — J. H. M.

VOIES URINAIRES

Des calculs de la prostate. — Leur fréquence n'est pas très grande, cependant ils ont été l'objet d'un certain nombre de travaux intéressants, dont les plus récents sont ceux du Pr Guyon, de MM. Albarran, Legueu, Pasteau, enfin plus récemment la thèse de Tarnaud (Paris 1901).

Les calculs de la région prostatique doivent être divisés en deux classes :

1° Les calculs de l'urèthre prostatique qui ne sont que des calculs urinaires. Ils peuvent d'ailleurs, secondairement se loger dans le tissu de la prostate où ils atteignent un volume plus ou moins considérable.

2° Les calculs de la prostate proprement dits qui sont dus à l'agglomération de concrétions intra-prostatiques et à la précipitation des sels de chaux dans les culs-de-sac de la glande, consécutivement à une affection atténuée de l'organe. Ces calculs, primitivement intra-prostatiques peuvent secondairement faire saillie dans le canal uréthral.

Cliniquement, les seuls signes caractéristiques des calculs développés dans la prostate sont le frottement calculeux perçu au cours de l'exploration de l'urèthre, ou bien la crépitation constatée par le toucher rectal et due à la collision de concrétions multiples.

Le volume excessif et la grande dureté de la prostate ne sont pas des signes pathognomoniques de calculose prostatique.

Ces calculs peuvent provoquer des complications d'infection qui évoluent dans la loge prostatique

Digitized by Google

même ou qui envahissent l'arbre urinaire tout entier et tout l'organisme.

Comme complications locales on peut observer : l'exagération des symptômes fonctionnels, douleur, pesanteur dans le périnée, mictions fréquentes, des phénomènes de congestion se traduisant par de la rétention totale ou partielle, des phénomènes inflammatoires, abcès de la glande.

Les complications générales sont plus sérieuses, l'infection gagne les voies urinaires supérieures et donne lieu aux symptômes d'infection urinaire. La vessie se laisse envahir facilement ; les urines sont troubles, purulentes, d'odeur fortement ammoniacale, il y a de la distention et de la rétention. L'infection gagne les uretères et le rein, et l'on assiste à l'évolution d'une pyélo-néphrite avec tous les symptômes graves qui l'accompagnent : troubles gastriques et intestinaux, dont la terminaison est souvent fatale ; prostate, vessie et rein contribuent dès lors à l'empoisonnement urineux. Des accidents sérieux, souvent mortels, en sont la conséquence.

On voit donc que le pronostic, bénin en général, s'aggrave singulièrement lorsque surviennent les accidents d'infection ; c'est pourquoi le seul traitement rationnel de ces calculs est l'ablation.

La taille périnéale est l'opération de choix ; la communication si habituelle des calculs prostatiques avec l'urèthre postérieur,et la facilité si grande de la cicatrisation des plaies de la taille périnéale doivent faire préférer la voie uréthrale.

On peut pénétrer dans l'urèthre prostatique par la dilatation périnéale ou par la taille prérectale ; cette dernière opération doit toujours être préférée quand les calculs sont volumineux ; elle est également indiquée quand le périnée est épais, comme chez les sujets gras. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vésication par l'hydrate de chloral. — M. Hallopeau fait le rapport suivant sur un travail de M. Bonnet, de Massiac.

Cette vésication est remarquable par sa rapidité : on étend sur un emplâtre de diachylon une couche d'hydrate de chloral, dont l'auteur évalue la quantité à 3 grammes pour une surface de 12 sur 15 centimètres : on l'applique sur la peau préalablement imprégnée d'huile d'amandes douces ou de vaseline ; quinze minutes après, le malade éprouve une sensation de chaleur qui arrive progressivement à la brûlure : on enlève alors l'emplâtre, et l'on recouvre de coton la partie rubéfiée ; au bout de vingt à trente minutes, il se forme une phlyctène, et le malade s'endort.

Ce dernier fait montre qu'en pareil cas, comme avec la cantharide et d'ailleurs toute autre substance soluble, il y absorption du principe vésicant : en règle générale, le sommeil provoqué par le chloral a moins d'inconvénients que la cystite cantharidienne ; il faudrait cependant prendre garde chez les enfants à ne pas employer cette vésication chloralique sur de trop larges surfaces.

On ne saurait se dissimuler que l'intérêt pratique de ce travail souffre singulièrement de la désuétude dans laquelle est tombée la vésication : applique-t-on encore des vésicatoires d'assez grandes dimensions pour provoquer la cystite ? ce n'est, en tout cas, à notre connaissance, que bien exceptionnellement ; on ne fait plus guère usage que de petits vésicatoires, soit à tort ou à raison, en ophtalmologie, à titre de révulsifs, soit, en dermatologie, pour transformer les parties du cuir chevelu atteintes de pelade en milieux de culture défavorables à l'agent pathogène de cette maladie, et, en pareil cas, le chloral n'a aucun avantage sur la teinture de cantharides.

Traitement de l'ozène. — M. Hallopeau. Le même auteur, M. Bonnet, a adressé à l'Académie un travail sur un procédé nouveau de traitement de l'ozène, qui consiste dans l'emploi du bleu de méthylène en irrigations nasales à la dose de 2 gr. 50 par litre. Chez 5 malades, M. Bonnet a eu recours à cette médication en renouvelant les irrigations, d'abord 3 fois, puis après amélioration, une fois par jour. Au bout de peu de temps l'odeur a disparu, et après 3 à 4 semaines, la guérison paraît avoir été obtenue sans aucun inconvénient que la coloration en bleu de la lèvre supérieure et de l'orifice des narines.

Prophylaxie de la variole en Algérie. — M. Hervieux s'élève contre la variolisation, pratique fort répandue dans nos colonies africaines, qui ne peut que perpétuer la variole Pour combattre ce fléau, il propose la création de vaccinateurs indigènes, qui seraient facilement acceptés par les populations. (*8 octobre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Méthode de localisation des projectiles. — M. Contremoulin présente l'appareil qu'il a inventé pour la localisation des projectiles logés dans le corps humain, et la mensuration des organes donnant une image radiographique nette.

Son principe essentiel consiste dans l'obtention de deux images nettes d'un même objet, prises dans des incidences quelconques connues, et dans la reconstitution de cet objet dans l'espace par les intersections de fils représentant la direction des rayons X ayant formé les parties caractéristiques de ces images.

Toutes les parties du squelette, les corps étrangers, les organes à contours visibles, les tumeurs, abcès, cavernes pulmonaires, et, en général, toutes les parties de l'organisme radiographiables, peuvent être localisées et men-

Digitized by Google

surées à l'aide de cette méthode et de l'appareil créé pour l'appliquer.

Comme exemple de la multiplicité des applications diverses de cette méthode, M Contremoulin présente la mensuration exacte d'un détroit supérieur du bassin relevée par un compas pelvimétrique. De même que la localisation précise d'un projectile est fournie rapidement par les données des deux images radiographiques obtenues sous deux incidences obliques connues, de même les données deux images radiographiques d'un bassin, prises dans les conditions susdites, fournissent la mensuration complète du détroit supérieur de ce bassin, quelle que soit sa conformation.

Balle dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien. — M. Loison rapporte l'observation d'un soldat qui reçut dans le dos à bout portant une balle de carabine Flobert. Le projectile pénétra sur le côté droit de la deuxième apophyse lombaire épineuse, à un centimètre en dehors de la ligne médiane. La palpation de la région ne donnait aucun résultat. Des radiographies variées firent voir la balle à 13 centimètres au-dessous de l'orifice d'entrée, à 2 centimètres de profondeur contre le bord droit des vertèbres sacrées. Mais il était impossible de dire si elle était logée dans les muscles des gouttières vertébrales ou dans le canal sacré. Une première intervention, faite dans la masse musculaire lombo-sacrée et plus tard une trépanation du canal sacré à sa partie supérieure avec incision de la dure-mère ne permit pas de retrouver le projectile.

Ce ne fut qu'avec le compas de M. Contremoulin que l'on put localiser la balle, qui était mobile et tombée par son propre poids, dans la partie latérale droite de l'espace sous-arachnoïdien, au fond du cul-de sac sous-arachnoïdien. Grâce à ces indications elle put être ramenée à l'aide d'une curette, après ouverture du cul-de-sac sous-arachnoïdien.

Méningite suppurée consécutive à une otite aiguë. — M. Picqué analyse une observation de M. Toubert, du Val-de-Grâce. Il s'agit d'un soldat de 22 ans, atteint dans son enfance de suppurations récidivantes des oreilles et guéri depuis la puberté. A la suite d'un abcès amygdalien, il est pris d'une otite aiguë du même côté, qui, après une période de quelques jours d'accalmie, détermina rapidement les symptômes cérébraux les plus graves. Le malade succomba malgré l'évidement de l'apophyse mastoïde. L'autopsie montra une carie du rocher, une phlébite du sinus latéral et une méningite suppurée de la base du cerveau. (*2 octobre.*)

Fracture du crâne avec enfoncement, hémiplégie, trépanation, guérison. — M. Rochard fait un rapport sur l'observation suivante de M. Frogé, de Saint-Brieuc. Il s'agit d'un homme ayant reçu, un mois avant son entrée à l'hôpital, un coup de pelle sur la tête. Il n'y a pas eu de perte de connaissance, mais au bout d'une dizaine de jours est survenue une paralysie complète des membres du côté gauche.

A son entrée à l'hôpital en janvier 1896, on constate une plaie suppurante, située à la partie supérieure du pariétal droit, allant jusqu'à l'os que l'on trouve dénudé et fracturé.

L'hémiplégie gauche est absolue ; il existe aussi un peu de paralysie faciale du même côté. L'intelligence est nette; pas de fièvre.

En février, M. Frogé applique deux couronnes de trépan au niveau de la fracture, et trouve la dure-mère déchirée par trois esquilles qui pénètrent dans la substance cérébrale. Celles-ci sont retirées, puis la plaie est drainée et fermée.

Suites excellentes ; huit jours après toute trace de paralysie avait disparu.

Au bout de quelque temps survinrent des crises d'épilepsie, qui se répétèrent tous les mois et nécessitèrent une nouvelle trépanation en février 1898. Aucune parcelle osseuse ne restait dans la substance cérébrale.

Après cette deuxième opération, les crises d'épilepsie s'espacèrent et finirent par disparaître.

La première intervention a guéri l'hémiplégie en faisant disparaître les causes de compression du cerveau ; mais elle semble avoir provoqué les crises d'épilepsie, peut-être par ébranlement des centres nerveux, chez un sujet prédisposé.

M. Tuffier pense que l'on pourrait expliquer les crises épileptiformes survenues chez ce malade par la formation d'une cicatrice vicieuse, véritable lésion épileptogène irritant le cerveau. La façon dont la guérison est survenue légitime cette hypothèse.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8° de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat*, continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Le premier fascicule, qui vient de paraître, traite du larynx et de la trachée au point de vue anatomique et pathologique.

Manuel des infirmières *(Anatomie et Physiologie)*, par le Dr E. Vincent, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice de la Charité de Lyon. 1 vol. in-16 de 552 pages, avec 184 figures, cartonné : 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Comment on se défend contre les maladies coloniales *(Guide du Voyageur et du Colon)*, par le Dr J. Crespin, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger, médecin sanitaire maritime. Edition médicale française, 29, rue de Seine, Paris. Prix : 1 franc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hydramnios et grossesse gémellaire

Par Al. Boissard
Accoucheur à la maternité de l'Hôpital Tenon

L'exagération du liquide amniotique dans les cas de grossesse gémellaire est tellement fréquente qu'on peut la considérer comme à peu près constante ; elle s'expliquerait le plus souvent par l'existence de communications vasculaires entre les deux circulations fœtales, au niveau du vasa propria (Jungblurth), ou plutôt par les différences de pression sanguine existante entre les centres circulatoires des deux jumeaux, le plus gros transfusant, en quelque sorte le plus petit, chez lequel la tension sanguine se trouverait ainsi renforcée ; il faudrait, pour adopter et généraliser cette manière de voir, démontrer que l'hydramnios se produit toujours dans l'œuf qui contient le plus petit fœtus ; en outre, ne voit-on pas l'hydramnios se produire alors que la différence de force entre les jumeaux est à peine appréciable ; mais il y a plus, et cette théorie est insuffisante pour expliquer les cas d'hydramnios se produisant également dans les deux œufs, ou seulement dans un œuf, alors qu'il n'y a aucune communication vasculaire entre les deux circulations fœto-placentaires, lorsque par exemple les deux œufs sont entièrement distincts, n'ayant entre eux que des rapports de contiguité.

Il faut donc reconnaître que nous sommes encore impuissants à expliquer la véritable pathogénie de toutes les variétés d'hydramnios.

Lorsque la quantité de liquide amniotique est seulement exagérée, le diagnostic de la grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios d'un ou des deux œufs n'est généralement pas difficile, surtout si l'âge de la grossesse peut être exactement déterminé, comme chez les femmes régulièrement réglées ; l'erreur la plus facile et la plus fréquente consiste à passer à côté de la grossesse gémellaire, qui sera prise pour une grossesse simple compliquée d'hydramnios, soit par suite d'insuffisance d'examen, soit par suite de difficultés provenant de la grande différence de poids entre les jumeaux et de la tension de la paroi abdominale.

Mais lorsque la quantité de liquide amniotique est considérablement exagérée (de 5 à 10 litres), les difficultés de diagnostic peuvent devenir insurmontables, car les renseignements fournis par le palper et l'auscultation sont si obscurs qu'il peut être impossible d'affirmer l'existence même de la grossesse ; d'autres fois, il sera possible d'affirmer la grossesse, mais il sera impossible de reconnaître la gémellité, et l'on croira à une grossesse unique compliquée d'ascite ou de kyste de l'ovaire ; la production du phénomène de fluctuation, la sensation de flot seront en effet de peu de secours pour permettre de différencier l'hydramnios d'avec l'ascite ou un kyste de l'ovaire ; en obstétrique, dans les cas complexes et compliqués, il faut savoir retenir son jugement, examiner longuement, et surtout à plusieurs reprises, enregistrant ses sensations une à une, au fur et à mesure qu'on les obtient par les différents moyens d'exploration ; parmi ceux-ci, le meilleur est le palper, mais un palper spécial, doux et prolongé de façon à chercher à percevoir une contraction ; en effet, en faisant un palper prolongé, quelle que soit la tension de la paroi abdominale, il arrive un moment, où l'utérus se contractant, durcit, et accuse davantage sa forme et sa consistance pour la main qui explore ; ce signe est pathognomonique, l'utérus seul peut le fournir ; ni l'ascite, ni un kyste de l'ovaire, ni la vessie surdistendue ne peuvent produire cette sensation qui a parfois besoin d'être recherchée longtemps et à plusieurs reprises, d'autant plus qu'il y a des cas où la paroi utérine est si amincie par l'excès de tension que les contractions peuvent être très faibles.

Les renseignements fournis par le toucher vagina sont d'une extrême importance, et peuvent parfois acquérir une valeur capitale ; en effet, par suite de l'excès de tension dans la cavité utérine, les membranes de l'œuf sont complètement et constamment tendues, et le canal cervical est déhiscent, c'est-à-dire qu'il présente une forme d'entonnoir ou d'éteignoir renversé, la pointe en bas ; l'orifice interne est plus évasé que l'externe, et, à son niveau, le doigt arrive sur les membranes constamment tendues, légèrement bombantes ; en raison de la mobilité du fœtus, qui est généralement élevé, il peut être impossible de percevoir le ballottement vaginal, d'autant plus que cette exploration doit être faite très doucement pour éviter de rompre les membranes qu'on s'étonne toujours de voir résister à une si forte tension et pouvoir supporter une pareille pression.

Ce signe est nettement et facilement perçu dans les cas de grossesse simple avec hydramnios ou dans les cas de grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios siégeant dans l'œuf inférieur, mais si l'excès de liquide amniotique n'existe que dans l'œuf supérieur, le tableau symptomatologique est singulièrement défiguré ; le volume du ventre peut être considérable, la tension de la paroi utérine très fortement accusée, mais elle n'est pas, pour ainsi dire, uniforme ; le ventre présente une forme spéciale, irrégulière qui figure très mal un utérus gravide, d'autant plus que par le toucher vaginal on ne trouve plus les caractères de la déhiscence du col, ni la tension du segment inférieur ; les erreurs de diagnostic sont alors faciles ;

Digitized by Google

si on a reconnu l'existence de la grossesse, on peut croire que cette grossesse est compliquée d'ascite ou plutôt d'une tumeur, kyste de l'ovaire, avec torsion du pédicule qui explique l'extrême tension et l'apparition des douleurs.

Souvent, par suite de la production de troubles fonctionnels graves dus à la compression des principaux organes thoraco-abdominaux, la symptomatologie peut être absolument défigurée ; ce qui domine, en effet, dans ce cas, c'est l'angoisse, la dyspnée, l'œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs ; d'autres fois, ce sont des troubles intestinaux pouvant faire croire à une obstruction intestinale, ou à une péritonite par appendicite.

Nous avons observé dans notre service à la Maternité de Tenon une femme enceinte qui présentait ces symptômes à un tel degré d'acuité que le diagnostic immédiat était pour ainsi dire impossible ; à son arrivée dans le service, cette femme présentait tous les signes d'une péritonite : le ventre, extrêmement ballonné, était le siège de douleurs déchirantes ; absence de garde-robes pendant 48 heures, quelques vomissements ; respiration fréquente et difficile : pouls petit, filiforme, à 80 ; température 36°,6 ; on perçoit le ballottement abdominal, les mouvements actifs, et les bruits du cœur ; au toucher, le col est ramolli, mais le canal cervical n'est pas perméable, et il n'y a pas de tension du segment inférieur.

On fait le diagnostic de grossesse de 5 mois, compliquée d'accidents péritoneaux d'origine appendiculaire, ou de rupture de grossesse extra-utérine. — Traitement : glace sur le ventre, injection sous-cutanée d'un litre de sérum.

A 11 heures du soir, l'état est considérablement aggravé, ventre extrêmement ballonné ; très douloureux, facies tiré, respiration haletante, quelques vomissements.

Prévenu par le téléphone de l'extrême urgence et de la gravité de la situation, je prie M. Coudert, mon interne de l'année précédente, à ce moment en service chez mon collègue Lejars, de faire la laparotomie, qui permet de constater qu'il n'y a pas de péritonite ; il n'y a rien du côté du cœcum ni de l'appendice ; l'utérus remonte jusque sous le diaphragme ; on referme le ventre par un triple surjet au catgut.

Le matin à ma visite, l'état est sensiblement le même : pas d'élévation de température, état nauséeux persistant ; aucune émission de matières, ni de gaz par l'anus ; il y a de l'occlusion intestinale produite par l'extrême développement de l'utérus qui est le signe d'hydramnios aiguë, et en raison de l'absence de tension du côté du segment inférieur, je porte le diagnostic de grossesse gémellaire avec hydropisie aiguë de l'œuf supérieur.

Le lendemain, je me décide à provoquer l'avortement en perforant les membranes et j'introduis un de mes ballons ; il ne s'écoule qu'un demi-litre de liquide ; dans la nuit, apparition des douleurs et écoulement d'une quantité énorme de liquide qui n'a pu être recueilli ; l'état est toujours grave, température 38°, pouls à 110 : dans la journée, à 3 heures, le col étant suffisamment dilaté, on procède à l'extraction d'un premier fœtus vivant du sexe masculin, du poids de 600 gr., un placenta se présente qui est aussitôt extrait ; on procède ensuite par la version à l'extraction du second fœtus, du sexe féminin, du poids de 530 gr.

Délivrance artificielle ; injection intra-utérine de solution de sublimé.

A partir de ce moment, la malade a été de suite soulagée ; le ballonnement disparaît, cessation des nausées, émission de gaz ; suites de couches physiologiques.

Les accidents abdominaux ont pris chez cette parturiente un tel degré d'acuité et une marche si rapidement effrayante qu'une laparotomie d'urgence apparaissait comme une unique ressource en face d'un diagnostic resté incertain ; ce n'est qu'à ma visite du matin que je pus faire le diagnostic complet de grossesse gémellaire avec hydropisie aiguë de l'œuf supérieur ; la grossesse n'était pas douteuse, mais les phénomènes intestinaux et pseudo-péritoneaux dominaient la scène, au point de faire croire tout d'abord à une péritonite consécutive à une appendicite, ou à une occlusion intestinale, qui en fait existait bien par le fait de l'extrême distension de l'utérus.

Malgré l'absence de tension du côté du segment inférieur de l'utérus et du côté des membranes, j'ai préféré plutôt provoquer l'accouchement en déchirant les membranes, que de ponctionner l'œuf supérieur hydropique au moyen d'un trocart enfoncé à travers la paroi utérine ; ce procédé aveugle, dangereux, ne permet pas de sauvegarder les jours des enfants.

Cette méthode employée autrefois par Scarpa, Camper, Noël Desmarais, et à laquelle le Pr Pinard eut une fois recours, doit être, pensons nous, rejetée.

Dans les cas semblables, les jours de la mère sont immédiatement menacés par l'asphyxie et les phénomènes mécaniques de compression sur la masse intestinale ; il faut vider l'utérus en déchirant les membranes par les voies naturelles, et faire le sacrifice de la vie des jumeaux.

Il ressort de ce fait que l'hydramnios peut, dès le cinquième mois de la grossesse, présenter une marche aiguë, et une forme rapidement menaçante ; dans les cas de grossesse gémellaire, elle peut siéger uniquement dans un des œufs ; si elle siège dans l'œuf supérieur, les signes habituels peuvent être en quelque sorte défigurés, au point de donner le change.

Digitized by Google

par l'apparition de phénomènes de compression mécanique, et d'accidents de pseudo-péritonite qui peuvent être une cause d'erreur et empêcher de faire un diagnostic exact ; c'est là le point essentiel que nous avons voulu mettre en relief dans ce rapide exposé.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'extirpation des ganglions tuberculeux (1)

Par A. Broca,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants malades).

Depuis 1883, toutes les fois qu'on parle d'opérations chez les tuberculeux on est forcé, pour y souscrire ou pour les réfuter, de faire allusion aux idées émises par Verneuil à la Société de chirurgie. Aussi m'excuserez-vous si j'entre dans ce débat, quoique pour la plupart d'entre vous la question soit jugée (2).

L'opinion que Verneuil a formulée d'abord avec assez de modération, puis défendue de plus en plus vigoureusement, est qu'une opération chez un tuberculeux est capable : 1° d'aggraver des lésions préexistantes, pulmonaires surtout ; 2° de provoquer une éclosion miliaire aiguë, une méningite en particulier. Deux facteurs joueraient un rôle dans la genèse de ces accidents : d'abord le « traumatisme », état constitutionnel spécial créé par le trauma ; ensuite l'infection sanguine par inoculation du foyer cruenté dans lequel veines et lympathiques béants sont tout prêts à absorber les produits tuberculeux mis en liberté par le chirurgien. L'action du « traumatisme » serait prouvée par les cas de généralisation tuberculeuse consécutive à une opération en tissus non tuberculeux, chez un sujet porteur de lésions tuberculeuses méconnues : ainsi lorsqu'une méningite a fait mourir un garçon opéré par Macewen d'ostéotomie pour genu valgum. Nous sommes tous d'accord aujourd'hui pour trouver la théorie hasardée et nous préférons admettre une coïncidence.

J'ai cru nécessaire de signaler ces faits, parce que nos opérés pour tuberculoses locales subissent forcément un trauma dont il convient d'apprécier la valeur envisagée en soi, mais dans le cas actuel nous n'avons guère à nous occuper que de l'auto-inoculation traumatique. Or cette théorie, elle aussi, est fragile : la plupart des observations commentées par Verneuil sont contestables et pour les ganglions surtout, contestables ou non, elles sont particulièrement rares. D'après tout ce que j'ai observé, je n'admets pas cette relation de cause à effet, mais s'il fallait l'admettre, elle devrait être, d'après les observations mêmes de Verneuil, objectée aussi bien aux banales ponctions qu'aux opérations les plus graves.

Les observations sont en partie contestables : cela est hors de doute pour celles où les malades ont mis plusieurs mois à être emportés par des accidents pulmonaires subaigus ou chroniques auxquels l'opération aurait imprimé une marche plus rapide. Quand on voit que cette opération peut avoir été une simple ponction ; quand on sait que, malheureusement, une poussée pulmonaire guette, lente ou rapide, précoce ou tardive, bon nombre de nos tuberculeux chirurgicaux, on est porté à voir dans ce premier groupe d'observations, avec Trélat, une évolution naturelle des choses.

Mais il reste des faits au premier abord troublants : ceux où, après une intervention quelconque, on voit éclater, à brève échéance, quelquefois même tout de suite, une granulie, une méningite tuberculeuse. Parmi les faits étudiés par Verneuil en 1883, aucun ne concerne des ganglions tuberculeux ; et trois seulement dans ceux colligés plus tard par Verchère et Métaxas. On aurait tort, cependant, de passer la discussion sous silence pour les ganglions en particulier, car si la théorie est exacte, elle doit s'appliquer à toutes les tuberculoses locales. Le fait est que, dans son ensemble, la théorie paraît inexacte.

D'abord, si ces accidents existent, ils sont très rares. Verneuil — qui n'a pas donné un pourcentage précis de sa statistique personnelle — cite sans doute des relevés où cette complication est notée par Wœlker dans 6 p. 100 des opérations, par Neumeister dans 9,1 p. 100 ; et pour son propre compte, sans chiffres précis, je le répète, il affirme qu'elle est fréquente. Or, après une opération pour tuberculose locale, je n'ai jamais vu de granulie ; pour les ganglions spécialement, ma statistique intégrale a été publiée par Manson en 1895, et depuis les choses n'ont pas changé. Et je ne suis pas seul dans ce cas.

D'où vient un semblable désaccord ? De ce que Verneuil, théoricien ardent de l'antisepsie, n'a jamais su la mettre en pratique, et dans son service nous avons tous vu des érysipèles, des septicémies, des suppurations locales menaçantes et même mortelles. La fréquence de ces désastres avait diminué,

(1) Suite et fin : voir n°s 41 et 42.

(1) Verneuil, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1883, t. IX, p. 151; Discussion, p. 241, 383, 487, 605. — Discussion au *Congr. franç. de chir.*, 1889, t. IV, p 71. — Thiéry, De la tub. chir., etc., Th. de doct., Paris, 1889-1890, n° 155. — Depage et Gallet, Des génér. tub. après interv. chir. sur les foy. tub., *Rev. de la tub.*, 1894, p. 239 (Disc. à la Soc. Belge de chir.). — Ippa (Haim), Contrib. à l'ét. de la gén. tub. post.-opér., Th. de doct., Paris, 1897-1898, n° 532. — A. Demars, *Et. exp. et clin. sur la tub.*, Paris, 1887, t. I, p. 317. — Verneuil, *Ibid.*, p. 246. — Metaxas et Verchère, *Ibid.*, p. 534. — Sur la fréquence des méningites intercurrentes sans trauma opératoire, voyez en particulier Meyer, Vergely, 4e *Congrès français de méd. interne*, Montpellier, 12 avril 1898.

Digitized by Google

mais était restée grande ; se croyant antiseptique, Verneuil pensait l'avoir réduite au minimum, et affirmait dès lors que, la technique étant bonne, il fallait attribuer les revers à l'état constitutionnel de l'opéré, non à l'opérateur. De là toutes ces données, aujourd'hui oubliées, sur les conséquences de la chirurgie chez les hépatiques, les néoplasiques, les rénaux, les cérébraux ; mais pour la tuberculose il y avait quelque apparence d'exactitude.

On sait avec quelle fréquence on trouve, à l'autopsie d'un tuberculeux chirurgical, des foyers viscéraux méconnus, plus ou moins en évolution : il suffit de voir les faits sous tel ou tel angle pour expliquer la mort par la septicémie ou par la tuberculose viscérale, et cela en toute bonne foi, avec l'inconscience qu'impriment à notre esprit les idées préconçues. En outre, et surtout, les infections surajoutées sont très mal supportées par les tuberculeux ; les faits ne se comptent plus où après une pyrexie médicale — principalement grippe, rougeole et fièvre typhoïde — la granulie fait invasion, ou tout au moins un coup de fouet est donné à des lésions locales, pulmonaires ou autres De même pour les infections chirurgicales, et c'est un point sur lequel, dans notre discussion de 1889, Daniel Mollière (1) a insisté avec raison. Aussi faut-il, de parti pris, éliminer du débat tous les cas où l'évolution locale n'a pas été aseptique, et ils sont légion dans le fatras des observations anciennes.

Restent alors quelques faits, rares mais impressionnants, où la plaie a été parfaitement réunie ; où même il n'y a pas eu de plaie infectable, et je fais allusion ici aux tuberculoses généralisées consécutives aux simples redressements articulaires. Or, quand on observe rigoureusement, on admet avec Trélat, avec Ollier, qu'il s'agit soit d'une coïncidence, soit d'une opération pratiquée après le début d'une généralisation à premiers symptômes méconnus. Tous nous connaissons cette longue période où la future méningite tuberculeuse s'annonce par des symptômes à peu près nuls, dont nous nous méfions si l'hérédité de l'enfant est suspecte, auxquels la plupart du temps on ne remonte que par l'anamnèse, une fois le mal déclaré.

Ainsi, je n'ai rien observé personnellement qui confirmât les idées de Verneuil, et je n'en suis pas surpris quand je vois que Thiéry arrive à la même constatation en dépouillant les 228 observations qui servent de base à sa volumineuse thèse. Et le seul point sur lequel je diffère d'avis avec l'auteur est que, en l'absence de documents probants, « la conviction du professeur Verneuil » n'a pas suffi « à entraîner la nôtre ».

(1) D. Mollière, *Congr. franç. de chir.*, 1889, t. III, p. 102.

Je crois donc à la nocuité des opérations septiques; et si, de plus, il y a une part de vérité dans l'auto-inoculation de la plaie, il est évident que les abrasions, curages, etc., sont à cet égard plus dangereux que l'extirpation franche. Cette possibilité, jointe à la certitude que ces plaies de curage sont beaucoup plus difficiles à garer de l'infection que les plaies d'extirpation, doit faire, en principe, préférer cette dernière.

D'ailleurs, je le répète en terminant, à supposer exacte la théorie, on ne saurait en tirer un argument valable en faveur des injections et contre l'extirpation ni même contre le curetage. Poncet (de Lyon) a relaté, en 1883, un cas de généralisation après évidement à la curette ; depuis, il a dit à son élève Michel en avoir enregistré un autre, après une injection iodoformée. Ce dernier fait prouve, ou bien que nous sommes en droit — ce que je crois la vérité — d'admettre des coïncidences; ou bien que les méthodes les plus bénignes en apparence sont passibles de ce reproche autant que les plus agressives.

D'où ma conclusion pratique : à supposer que la généralisation post-opératoire *après les opérations aseptiques* soit réelle, toutes les opérations aseptiques sont égales devant elles.

Tandis que certains auteurs ont, comme nous venons de le voir, soutenu qu'une opération de tuberculose locale est aggravante pour la tuberculose générale, d'autres ont affirmé que toute tuberculose locale constituant un danger d'infection générale pour l'organisme, devait être détruite au plus vite. C'est pour les lésions ganglionnaires que l'examen de cette question acquiert surtout de l'importance : peut-on, par l'ablation, barrer la route à l'infection?

Une doctrine chirurgicalement désespérante a été soutenue par Jeannel (de Toulouse) (1) : sitôt faite l'inoculation — ou presque aussitôt — les bacilles se disséminent dans l'organisme entier. Enlevez aussi vite que vous voudrez la région par où a passé le microbe, et vous serez tout de même gagné de vitesse par le transport dans le système vasculaire ; après votre éradication, en apparence précoce et radicale, des germes auront déjà constitué à distance des colonies qui, malgré votre intervention, évolueront à plus ou moins brève échéance. Inoculez un lapin à l'oreille et vous allez produire successivement : 1° un chancre d'inoculation ; 2° une adénopathie bacillaire des ganglions correspondants ; 3° une infection généralisée. Votre inoculation faite, vous avez devant vous

(1) Jeannel et Laulanié, *Et. exp. et clin. sur la tub.*, Paris, 1887, t. I, p. 406. Jeannel, *Ibid.*, p. 416. — Tscherning, *Congr. de la tub.*, Paris, 1888, t. I, p. 275 (Ablation préventive des ganglions après inoculation accidentelle). — Arloing, *Ibid.*, p. 347. — Jeannel, *Ibid.*, p. 351.

Digitized by Google

cinq minutes pour que l'ablation de la région inoculée arrête le mal dans sa course ; au bout de cinq minutes, vous arrivez déjà trop tard pour modifier l'adénopathie, puis l'infection généralisée (1)

Les expériences de Jeannel sont un peu en désaccord avec ce que nous savons sur la grande rareté des bacilles dans le sang des tuberculeux en dehors de certains cas spéciaux de granulie ; et d'ailleurs les essais d'inoculation avec le sang des lapins en question ont toujours échoué. Nous devons cependant admettre comme réelle la mort finale du lapin, par tuberculose, mais cela ne prouve pas, en l'absence de bacilles dans le sang, que la dissémination ait été immédiate : cela veut dire qu'au bout de quelques minutes les microbes ont franchi assez de distance dans le territoire lymphatique autour du point inoculé pour que les ganglions se prennent malgré la suppression de ce qui aurait été le chancre tuberculeux. Cela ne prouve pas que ces ganglions aient été tout de suite franchis, et si — fait certain — ils le sont vite, n'opposant qu'un court arrêt à la marche du bacille, cela ne veut pas dire que chez l'homme la rapidité soit la même. Tout nous prouve, au contraire, que l'homme résiste relativement bien aux inoculations de ce genre, et c'est heureux, car nous y sommes tous quotidiennement exposés.

Prenons l'importante communication de Dieulafoy sur les inoculations ganglionnaires parties des amygdales et des végétations adénoïdes : il faut des années pour que, de ganglion en ganglion, la tuberculose aboutisse au poumon. Car dans ces conditions les lésions pulmonaires sont consécutives et de nos jours est reconnue erronée la fameuse loi de Louis : pas de tubercule sans qu'il y en ait d'abord dans le poumon (2). Assez près de nous, Parrot a voulu la reprendre et considérer les adénopathies cervicales comme consécutives aux adénopathies tarchéo-bronchiques, toujours liées elles-mêmes à des lésions pulmonaires : opinion devenue insoutenable et si l'adénopathie trachéo-bronchique est, en effet, le résultat d'une inoculation pulmonaire, tous les territoires lympathiques se comportent de même vis-à-vis des ganglions correspondants. Au cou, ils s'engorgent de haut en bas, commençant de préférence autour de la mâchoire, pour descendre peu à peu, le long des carotides, jusqu'à la région sus claviculaire; au membre inférieur ils se prennent dans l'aine d'abord, puis dans la fosse iliaque ; au membre supérieur, avec ou sans étape épitrochléenne, ils montent de l'aisselle à la région sus-claviculaire. Pour l'aisselle intervient l'entrée possible par le sommet de la plèvre et du poumon, car leurs lymphatiques sont tributaires des ganglions axillaires (1).

Cette manière de voir n'est pas neuve ; avec leur flair de pathologistes éminents, Cruveilhier, Velpeau l'ont soutenue il y a longtemps, en nous montrant les portes d'entrée autour des orifices naturels et l'évolution de proche en proche, de glande en glande. Mais à cette époque la microbiologie n'était même pas soupçonnée et la preuve scientifique n'a pu être administrée qu'après la découverte du bacille de Koch (2). Ces cas d'adénie dont je parlais tout à l'heure, et qui vite cessent d'être chirurgicaux, ceux-là même commencent la plupart du temps par le cou et de là les adénopathies se généralisent, avec une rapidité et une marche spéciales dont la cause nous échappe. Et l'on peut dire que les adénites tuberculeuses sont des infections régionales.

L'opinion de Velpeau a d'abord été confirmée par les cas où, sur le territoire lymphatique correspondant, on trouve une lésion tuberculeuse : lésion pulmonaire et adénopathie bronchique ; lésion intestinale et adénopathie mésentérique ; tumeur blanche et adénopathie de la racine des membres. Mais si l'adénopathie est souvent alors, par sa précocité, un signe important pour établir vite le diagnostic (3), elle est rarement assez volumineuse, elle suppure assez rarement pour exiger un traitement spécial, Assez souvent j'ai dû enlever le ganglion épitrochléen à des enfants porteurs de tuberculoses de la main ; mais pour l'aisselle, pour l'aine, cela devient exceptionnel.

Pourquoi cette tendance de l'adénopathie à rester chirurgicalement négligeable lorsqu'elle a pour origine une grosse lésion tuberculeuse? Je l'ignore. Mais le fait est que les paquets ganglionnaires pour lesquels nous sommes consultés, au cou surtout, ne sont pas en relation avec une lésion tuberculeuse préexistante.

C'est que le bacille peut franchir l'épiderme sans

(1) On a même objecté à l'extirpation qu'elle supprime les ganglions, qui exercent une action importante pour arrêter et détruire les microbes. Voyez sur ce point : Vanderlinden, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, Bruxelles, 1898, n° 5, p. 282. — Martin, Th. de doct., Paris, 1897-1898. — P. Haan, *Normandie méd.*, Rouen, 1er et 15 fév. 1898, p. 72.

(2) Sans vouloir rééditer cette loi, où il s'agit de la phtisie ordinaire, Kuss (Des tuberculoses chirurgicales primitives, Communic. au *Congrès de la tuberculose*, 1898, voy. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1898, p. 806) pense, d'après neuf autopsies, que les porteurs de tuberculoses chirurgicales primitives, *sans être le moins du monde des tuberculeux médicaux au sens propre du terme*, ont une autre vieille lésion caséeuse latente. La porte d'entrée pulmonaire est pour lui la règle. — Voyez la doctrine contraire dans Couvreur, Th. de doct., Paris, 1891-1892, n° 119.

(1) Grancher, *Bull. méd.*, Paris, 1887, t. I, p. 771. — Queyrat et Grancher, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1887, p. 43. — Sanchez Toledo, Th. de doct., Paris, 1886-1887, n° 257. — Olympitis, Th. de doct., Montpellier, 1887-1888, n° 11.

(2) Sur ces questions de pathogénie, voy. Bouvet, Th. de doct., Paris, 1899-1900, n° 249, et *Presse méd.*, 1900, p. 307.

(3) F. Manitz, Ueber die secundären Erkrankungen der regionären Lymphdrüsen bei Tuberculose der Knochen und Gelenke. *Inaug. Diss.*, Erlangen, 1891 (élève de Kœnig).

Digitized by Google

y laisser trace, et il y a vingt ans déjà que H. Martin nous l'a appris en nous démontrant par les inoculations en série que « les gourmes » ne sont pas tuberculeuses, tandis que le sont les adénopathies chroniques qui en résultent. Puis est venue la découverte du bacille de Koch, et Cornet (1) nous a fait voir qu'à travers une muqueuse simplement frottée le bacille peut passer pour aller de là infecter les ganglions, sans aucun chancre tuberculeux au point d'inoculation. Ces faits ont été depuis maintes fois vérifiés.

Or, dans nos villes, est-il sur l'extrémité céphalique un point qui ne soit pas exposé au contact du bacille? Dans les fosses nasales des sujets qui fréquentent l'hôpital, Straus (2) l'a trouvé sur la pituitaire. Pour l'impétigo, les excoriations des scrofuleux, je viens de citer les recherches de H. Martin : la fissure guérit, mais le microbe l'a franchie. Peu à peu la question a été serrée de plus près, et en particulier nous avons précisé le rôle, comme porte d'entrée, des caries dentaires, des végétations adénoïdes.

Car il a été remarqué par Starck (3) un des premiers, qu'un très grand nombre d'enfants atteints de ganglions tuberculeux sous-maxillaires ont dans la bouche des dents trouées par la carie pénétrante ; et même deux fois Starck a trouvé le bacille, après extraction de la dent, dans le pus où baignait la racine. Ces faits ont été confirmés depuis. Mais si la carie pénétrante a créé la solution de continuité par laquelle a passé le bacille, elle n'a par elle-même aucune spécificité tuberculeuse. Et c'est ainsi également qu'il faut concevoir le rôle des végétations adénoïdes et des hypertrophies amygdaliennes.

Les lésions tuberculeuses des amygdales (4) existent certainement ; il y en a aussi, dans la nasopharynx, qui revêtent au début l'aspect de vulgaires végétations. Mais tout en admettant comme parfaitement exacte, avec Dieulafoy, la fréquence des adénoïdes chez les sujets porteurs de ganglions cervicaux, je ne crois pas qu'il faille considérer les végétations ordinaires comme de *nature* tuberculeuse. En inoculant des fragments d'adénoïdes ou d'amygdales hypertrophiées, on rend les cobayes tuberculeux : dans ces fragments, il y avait donc des bacilles. Mais les cas sont rares où, au microscope, on trouve des bacilles ou des follicules caractéristiques dans l'intérieur même du tissu. Dans les cryptes, dans les anfractuosités, pullullent à l'envi les microbes les plus variés, y compris celui de la tuberculose : il est là, sur la surface, prêt à profiter de la moindre excoriation traumatique, de la moindre érosion inflammatoire ; il y est, mais bien plus à son aise, comme sur la muqueuse pituitaire. Et de même que ces hypertrophies lymphatiques sont une des causes habituelles des adénophlegmons cervicaux, pour avoir laissé passer le streptocoque ou le staphylocoque, de même elles sont des portes d'entrée de la tuberculose ganglionnaire : mais, dans leur forme banale, elle ne sont pas plus de *nature* tuberculeuse que streptococcique ou staphylococcique.

Il semble même que, dans bien des cas, l'invasion microbienne ait lieu à la faveur de poussées inflammatoires — volontiers minimes, inaperçues, — que les voies soient préparées à la tuberculose par les microbes usuels de l'inflammation simple ; que ces légères hypertrophies ganglionnaires ne soient pas d'emblée, elles non plus, de nature tuberculeuse. S'il en est ainsi, à quel moment le bacille de Koch entre-t-il en jeu? Question d'autant plus délicate que dans les ganglions, hypertrophiés ou non, des sujets indemnes de tuberculose, on trouve parfois des bacilles (1) : colorations de coupes et inoculations sont positives, alors qu'au microscope n'apparaît aucun follicule tuberculeux, aucune modification de structure. A cet état, le bacille habite le ganglion, mais ne l'altère pas : et ainsi, sans doute, s'expliquent certaines adénites tuberculeuses que l'on voit se développer des années après une poussée inflammatoire qui a laissé derrière elle un engorgement ganglionnaire léger et longtemps stationnaire.

Joignons ces sommeils prolongés, parfois éternels, du bacille à son existence possible dans un ganglion un peu gros, chroniquement enflammé, mais où cependant il n'y a pas de lésions histologiques nettes; joignons-y la difficulté de colorer les bacilles, clairsemés, dans les lésions tuberculeuses chirurgicales et en particulier dans les adénites, et nous ne nous étonnerons plus des obscurités qui règnent encore

(1) Cornet, *Congr. de la Soc. all. de chir.*, d'après *Centr. f. Chir.*, Leipzig, Beil., n° 29, p. 7.

(2) Straus, *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, Paris, 1894, t. VI, p 633. — Liaras, Th. de doct., Bordeaux, 1899-1900, n° 1.

(3) Starck, *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingue, 1896, t. XVI, p. 61 ; *Münch. med. Woch.*, 18 fév. 1896, p. 145 ; *Rev. de la tub.*, Paris, 1896, p. 123.

(4) Schlenker, *Arch. f. path. An. und Phys.*, Berlin, 1893, t. CXXXIV, p. 162. — Romme, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 9 déc. 1893, p. 579. — Dieulafoy, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1895, 3e série, t. XXXIII, p. 437, 473, 498, 524. — M. Labbé et Ch. Lévi-Sirugue, La tuberculose des amygdales, *Gaz. des hôp.*, Paris, 17 fév. 1900, n° 20, p. 193 (*Rev. générale*, Bibliogr.). Sur la structure et la physiologie des amygdales, voy. un travail des mêmes auteurs, *Presse méd.*, Paris, 3 août 1900, n° 63, p. 69. — Friedmann, *Dent. med. Woch.*, Leipzig, 1900, n° 24, p. 381, conclut à la fréquence de la tuberculose amygdalienne primitive et à son origine alimentaire. — Jessen, *Centr. f. innere Med.*, Leipzig, 2 septembre 1899, p. 897. — A. Broca, Consid. sur les végét. adén. du nasopharynx. *Congr. franç. de chir.*, 1895, t. IX, p. 851. D'après 100 cas consécutifs où l'examen histologique a été fait par Pilliet, je conclus que la lésion n'est pas de nature tuberculeuse.

(1) Pizzini, *Zeit. f. klin. Med.*, Leipzig. 1892, t. XXI, p. 329. — Briault, Th. de doct., Lyon, 1895-1896, 1re série, n° 1179. Pizzini va jusqu'à admettre que les bacilles latents existent chez 42 p. 100 des sujets sains.

Digitized by Google

dans l'étude des adénites chroniques, de leurs relations précises avec la tuberculose. Dès lors, les engorgements ganglionnaires légers et non suppurés qui fondent comme par enchantement au bord de la mer, sont-ils déjà tuberculeux, et ne sont-ils pas seulement, chez un sujet scrofuleux, des organes en imminence d'invasion tuberculeuse? Pour nous, praticiens, cette question n'a qu'un intérêt secondaire : nous connaissons en clinique ces cas et nous savons médicalement enrayer leur marche qui trop souvent, à défaut de soins, aboutit à une lésion chirurgicale.

Telles sont les considérations, d'ordre pratique, auxquelles nous conduit l'étude de l'inoculation régionale, de sa rapidité de diffusion. Mais si on peut admettre, chez l'homme, que la lésion reste assez longtemps locale avant d'atteindre le poumon, cela ne prouve pas que l'ablation du foyer ganglionnaire puisse, même précoce, être radicale : et cela m'amène à parler des récidives consécutives à l'extirpation.

La récidive locale est la grosse objection qui reste valable contre l'extirpation : il est inutile d'enlever des ganglions, car peu de mois après le sujet est dans le même état qu'avant, avec une cicatrice disgracieuse en plus. Et qui en serait surpris? n'est-il pas prouvé, anatomiquement, qu'il est impossible d'enlever tous les ganglions à l'œil nu malades? Que dire, donc, pour ceux qui, habités par le microbe, paraissent à part cela sains, même sous le microscope!

Anatomiquement, d'abord, je rappellerai que R. Petit s'est inscrit en faux contre cette assertion. Et cliniquement, il y a un fait : à l'aisselle, à l'aine on obtient *presque toujours* la guérison définitive, sans repullulation locale, en sorte que dans ces régions, où d'autre part la cicatrice est négligeable, l'extirpation est admise par tout le monde comme le traitement de choix pour les adénopathies rebelles au traitement médical : l'impossibilité de tout enlever ne sert pas d'arme contre l'extirpation en général, mais contre l'extirpation à la région cervicale ; d'un argument de principe, nous tombons à un argument régional. Entre deux reproches le lien saute aux yeux : difficultés spéciales à la région, résultat localement incomplet.

Aussi ai-je insisté sur la technique, ai-je montré, spécialement, la facile méconnaissance des ganglions profonds, rétro jugulaires ; aussi ai-je dit que les récidives locales deviennent peu à peu plus rares à mesure que l'on se familiarise mieux avec l'opération.

Voici, par exemple, quelques statistiques :

Von Noorden *(Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingue, 1890, t. VI, p. 607), donne la statistique de Bruns. Elle est établie sur 506 cas, dont 217 sur des malades admis à l'hôpital ; 286 de ces malades ont été opérés et aucun n'a succombé (il y a eu cependant 4 érysipèles); 149, suivis pendant trois à seize ans, permettent d'étudier les résultats définitifs et on y compte :

Résultats parfaits	88
Récidives locales	30
Morts éloignées, dont 28 par tuberculose.	31

Mais de ces derniers 5 n'avaient pas de récidive locale, et le total des cas sans récidive locale est de 93. Il y a donc 62 p. 100 de guérisons complètes, et 18 p. 100 de morts tardives par phtisie.

A. Hahl *(Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1893, t. XXXV, p. 385) donne la statistique de 104 malades que Lücke a traités par l'extirpation. Il distingue :

1° 79 cas de *lymphome tuberculeux*, c'est-à-dire de la forme caséeuse, suppurée, qui fournissent :

Guérisons complètes	54	soit 64 p. 100
Récidives	5	— 4 —
Aggravation de lés. et tubereules.	4	— 5 —
Morts éloignées de tuberculose..	19	— 23 —

2° 25 cas de lymphome hyperplastique, qui fournissent :

Guérisons complètes	17	soit 68 p. 100
Récidives	4	— 16 —
Morts éloignées de tuberculose...	3	— 12 —

En comparant ces résultats à ceux des cliniques de Bonn (37 cas), de Breslau (92 cas), de Vienne (49 cas), il y trouve moins de récidives et plus de tuberculoses éloignées.

Je ferai remarquer la plus grande proportion des récidives dans la forme hyperplastique.

Wohlgemuth *(Inaug. Diss.*, Berlin, 1889); statistique de 237 ces chez des enfants, dont 167 ont été opérés et 130 ne l'ont pas été. Mortalité, 0; ni tuberculose miliaire, ni septicémie. 127 de ces malades ont été suivis pendant un à trois ans et les chiffres sont :

	Guérison	Amélioration	Résultat nul
Non opérés	24 p. 100	37 p. 100	39 p. 100
Evidement	63,9 —	27 —	3,3 —
Extirpation	70,5 —	22,8 —	6,4 —

E. Blos *(Inaug. Diss.*, Iéna, 1899), statistique de 328 cas opérés par Czerny à Heidelberg de 1886 à 1895; 140 malades ont été revus, 20 sont morts, soit 160 avec renseignements éloignés, 328 malades ont subi 429 opérations, qui sont : 202 extirpations, 119 évidements, 108 incisions. Mortalité nulle.

Les 140 malades revus en ont subi 290. Les lésions ont été complètement enrayées dans 76 cas, dont 45 après une seule opération; et cette opération a été 33 fois l'extirpation, 12 fois l'évidement, 0 fois l'incision.

Sur 82 malades suivis pendant plus de six ans, il y a 73,1 p. 100 de guérisons définitives, sans récidive locale; et 52, 4 p. 100 sont des résultats parfaits à tous égards. D'ailleurs, Blos réunit 11 statistiques portant sur 745 cas et il compte 54 p. 100 de guérisons définitives, sans récidive locale, sans ganglions ailleurs, sans tuberculose pulmonaire.

Sur 20 morts tardives, 18 sont dues à la tuberculose (9 poumons, 3 ostéo-arthrites, 3 méningites, 3 adénites multiples) et 2 pneumonies, mais sur les 140 malades revus il y avait 20 phtisiques qui sûrement ont été améliorés, 16 ayant été même guéris, dont 11 sans récidive locale.

R. Petit, 52 opérations; 35 malades revus; 29 guérisons complètes, 82,8 p. 100; 6 récidives, dont 2 hors du foyer opératoire; 2 morts de tuberculose pulmonaire au bout de 2 à 6 mois.

Digitized by Google

E. Ruschenbusch (*Inaug. Diss.*, Erlangen, 1891) relate 50 observations d'extirpation; 19 cas étaient associés à d'autres tuberculoses, 14 avaient une mauvaise hérédité; la lésion était 39 fois suppurée.

Deux des opérés sont morts à l'hôpital « de maladie intercurrente », 35 résultats définitifs sont connus :

Guérisons complètes	20
Récidives	11
Autres tuberculoses	2
Morts de tuberculose	2

Outre ces chiffres, je peux en citer quelques autres, d'après un article de Forgue (*Gaz. des hôp.*, Paris, 1889, n° 41, p. 377).

	Nombre de cas	Succès —	Insuccès —	Mort —
Riedel, 1re stat...	13	39 p. 100	46 p. 100	23 p. 100
— 2e stat. (1)	17	59 —	33 —	18 —
Krisch (2).....	92	35 —	48 —	17 —
Grünfeld (3)....	150	70,6 —	15,4 —	13,5 —
Bajohr.....	30	42 —	57 —	3.3 —
Schnell.....	37	62 —	27 —	11 —

On est tout de suite frappé, dans ces statistiques de l'écart considérable des pourcentages, et cela me paraît tenir beaucoup moins à la variabilité de notre sévérité quand nous apprécions nos résultats qu'à la différence de perfection dans la technique opératoire. Comment expliquer autrement que sur 49 opérés de Billroth, Frænkel (1) n'en trouve que 6 guéris, soit 12 0/0 ; statistique qui remonte, il est vrai, à 1885, et l'on peut observer en outre que, dans leur ensemble, les résultats éloignés sont meilleurs depuis que, mieux outillés en antisepsie et en asepsie, les chirurgiens font, sans danger, des opérations plus complètes.

Ce n'est pas tout de donner ainsi des chiffres bruts. Encore faut-il apprécier les cas en particulier, et cela n'est possible qu'à l'opérateur lui-même. Aussi puis-je insister sur la statistique de 95 cas opérés par moi de 1892 à 1895 et publiés par Manson ; sur ces 95 cas, il y a 73 adénopathies suppurées, dont 38 fistuleuses; 54 malades ayant été revus à longue échéance, au total Manson compte 21 récidives. Mais il faut distinguer avec soin les repullulations sous la cicatrice et les adénopathies à distance. Or, ces dernières sont au nombre total de 5 et doivent être distraites du total. Nous comptons ainsi 16 récidives locales sur 54 opérés revus à échéance lointaine et il faut remarquer que ces 16 malades ont été opérés en 26 régions. De plus, quelle récidive locale ? Les cas existent, où elle remet les choses à peu près dans l'état antérieur : mais ils sont assez rares, et d'autant plus que le chirurgien opère mieux. Prenez les observations détaillées publiées par Manson : il n'est question que de quelques petits ganglions mobiles sous la cicatrice. Mais de nombreux malades ont été débarrassés de gros paquets fistuleux ; et quand nous examinons les sujets guéris sans opération, avec les classiques et gaufrées cicatrices spontanées, combien ont de ces petits ganglions durs devant lesquels les abstentionnistes restent en admiration, pour se voiler la face quand ils les trouvent sous une cicatrice d'extirpation ?

Et n'est-il pas juste, aussi, de spécifier dans quelles conditions médicales et hygiéniques ont été traités les malades des deux séries parallèles ? Je ne me lasserai pas de répéter qu'il ne faut extirper que si les autres moyens ont échoué : nos cas sont donc le rebut des autres méthodes. Et ils n'en sont le rebut que parce que les malades, par incurie et surtout par impossibilité matérielle, n'ont pas été soumis dès le début à un traitement général suffisant, n'ont pas été envoyés au bord de la mer assez tôt et assez longtemps. Dans la clientèle de ville, les indications opératoires sont exceptionnelles ; et comme on dispose du nécessaire pour consolider la cure, mes opérations n'ont jamais, dans ces conditions, été suivies de récidive régionale. Y a-t-il parité avec un ouvrier adulte que nous ne pouvons envoyer à la mer, ni avant, ni pendant, ni après l'opération ; avec un enfant qu'on va faire bénéficier de quelques semaines de séjour, puis sera renvoyé dans ses foyers sitôt à peu près blanchi, pour faire place à un autre plus malade ?

Le triomphe est aisé, à comparer les statistiques maritimes aux nôtres ; à comparer les résultats fournis par l'abstention et par l'extirpation dans des cas anatomiquement dissemblables. A tout instant, nous voyons des malheureux qui portent d'énormes paquets fistuleux : et l'encombrement de nos stations maritimes est tel que des mois s'écouleront avant le départ sollicité. Aussi sommes-nous forcés, trop souvent, de faire précéder le départ par l'opération ; trop souvent même nous n'aurons pas son secours ultérieur. Dans ces conditions, l'extirpation est la méthode de choix : de tous les reproches qu'on lui a adressés, elle n'en mérite qu'un, la fréquence de la récidive. Mais avec un peu de justice et de bonne foi on reconnaîtra que la question souvent est posée à l'envers : sur 100 opérés, il y a, en chiffres ronds, non pas 40 à 50 0/0 de récidives, mais 50 à 60 0/0 de sujets chez lesquels on réussit à enrayer en quelques semaines une lésion qui sans cela aurait continué à évoluer, à grossir, à suppurer, à se fistuliser. Les autres n'y ont rien perdu, rien, même pas les cicatrices auxquelles ils étaient voués ; beaucoup d'entre eux, sans y avoir tout gagné, y ont gagné quelque chose : et cela à l'aide d'une opération difficile, mais bénigne.

(1) *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1888, t. XV, p. 66.
(2) *Inaug. Diss.*, Breslau, 1883.
(3) *Prager Zeitsch. f. Heilk.*, 1887, t. VIII, p. 191.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Pleurésies chez les vieillards. — Les pleurésies des vieillards ne sont pas celles des adultes. Quelques cas cliniques rapportés par M. le Dr Riurcano (*Presa medicala româna*, Bucarest, 1er juillet 1901) nous donnent quelque enseignement à ce sujet.

La *pleurésie* séro-fibrineuse n'est pas absolument *fréquente*, même à l'autopsie, chez les vieillards, notre confrère roumain, n'en avait pas rencontré un seul cas dans 101 nécropsies, lorsqu'il put en observer cliniquement 4, coup sur coup, dans le service de M. le Professeur Turbure.

Chez 2 de ses malades, l'un de 92, l'autre de 70 ans, il a noté la *violence du point de côté*, toute la paroi peut être hypéresthésiée au point que tout contact est pénible. Il y a *début brusque* ; mais, malgré cela, *pas de frisson*, pas d'ascension thermique fébrile, plutôt *tendance à l'hypothermie*, mais avec un *pouls fréquent*, 100 à 110, avec 36°.

Le début par une *dyspnée* intense semble *en rapport* chez certains sujets *avec* un *emphysème* déjà préexistant, moins qu'à la pleurésie elle même.

La *quantité* plus ou moins grande *du liquide* de l'épanchement ne paraît pas *cause unique de la gêne respiratoire*, qui peut se produire avec des exsudats minimes et ne pas se noter avec 2 ou 3 litres.

Les *réactions générales* se montrent plus ou moins *atténuées* par suite du ralentissement apporté par l'âge aux mutations organiques.

Ce n'est pas que les symptômes généraux seuls qui restent flous, mais les *signes physiques* eux-mêmes apparaissent *moins nets* : souvent, pas de souffle, ni broncho-égophonie, ni pectoriloquie; un peu de faiblesse du murmure respiratoire, quelques frottements à la base et à la région axillaire et c'est tout.

La voussure et l'effacement des espaces intercostaux peuvent manquer; du reste, chez le vieillard, on rencontre souvent des déformations thoraciques en corrélation avec une déviation sénile du rachis.

A la percussion, il peut y avoir à peine de la submatité et la palpation discerne difficilement une diminution des vibrations thoraciques.

A côté de ce qu'il y a en moins que chez l'adulte, il faut constater ce qu'il y a en plus. Ce qu'il y a en plus, ce sont les *troubles circulatoires*, qui se manifestent par de l'œdème des membres inférieurs, des signes de dilatation cardiaque, de l'arythmie, de l'embryocardie, signe d'un pronostic mauvais.

C'est, en effet, sur les symptômes cardio-vasculaires que se juge le *pronostic*. Ce n'est pas l'âge vrai qui le dicte, mais l'*âge des artères et du cœur* et l'on pourrait ajouter aussi celui *des reins*.

C'est de ce côté que doit s'orienter la *thérapeutique*. La *thoracentèse aseptique* s'impose et d'une façon d'autant plus précoce qu'il s'agira d'un épanchement à gauche et encore plus si la pleurésie est double.

A la ponction évacuatrice, M. le Dr Riurcano n'a guère ajouté qu'un badigeonnage du côté malade avec un mélange à parties égales de teinture d'iode et de gaïacol, et à l'intérieur la potion suivante :

Eau de mélisse.....	ãã 40 grammes
Eau de menthe.....	
Sirop d'éther.....	ãã 30 —
Sirop de morphine.....	

ou bien une potion diurétique.

Il est certain qu'on peut, dans ces circonstances, recourir à la digitale, à la caféine et à la théobromine, aux deux premières, à la première surtout comme toni-cardiaque, à la troisième comme diurétique associée au régime lacté. — H. Gillet.

L'hémiplégie malarique. — A propos d'un cas d'hémiplégie malarique guérie, M. le Dr Giuseppe Lapponi (*Policlinico 1901*) se livre à une analyse très fouillée de cette localisation cérébrale de l'impaludisme. Son travail, empreint d'un fin sens clinique, nous permettra d'en tirer un utile enseignement pratique dans des circonstances semblables.

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, garde-champêtre dans la province de Rome, amené à l'hôpital en proie à un violent délire de parole et d'action. Il y avait de la fièvre, de la diarrhée abondante, de plus de l'hémiparésie de tout le côté gauche.

Malgré l'administration de calomel comme dérivatif intestinal, la glace sur la tête, les lavements de bromure et de chloral, les phénomènes persistent, mais l'hémiparésie se transforme en hémiplégie complète avec participation de la face à la paralysie, mydriase gauche, déviation de la langue, réflexes exagérés à gauche, sensibilité assez bien conservée, escarre de décubitus.

L'existence de la fièvre, associée à un délire violent ne s'observe déjà pas habituellement avec l'hémiplégie, mais de plus notre savant confrère romain fait remarquer l'absence de toute altération cardiaque, vasculaire ou rénale, tandis qu'il note l'habitation dans la campagne romaine, l'augmentation de volume et la dureté de la rate, les déjections

Digitized by Google

alvines diarrhéiques et copieuses. Un accès pernicieux de malaria à forme cérébrale ne fait plus de doute, d'où traitement anti-malarique intense, injections sous-cutanées de bichlorhydrate de quinine à la dose de 2 grammes, puis par la bouche, de bisulfate ou de bibromhydrate de quinine de 2 à 4 grammes.

En une semaine, le malade était guéri. Le délire s'explique par l'irritation congestive du lobe frontal, unilatérale ou bilatérale ; pour l'hémiplégie, elle est sous la dépendance d'une altération au niveau du noyau caudé droit et du noyau lenticulaire droit, intéressant aussi la portion motrice de la capsule interne dans une région qui correspond aux fibres du facial inférieur et de l'hypoglosse du côté opposé exclusivement. L'absence d'épilepsie jacksonienne initiale, la conservation de la mémoire de son délire exclut toute lésion corticale.

Comme nature, on peut penser à des embolies parasitaires ou pigmentaires des noyaux du côté droit et à une irritation toxique de la corticalité (Baccelli). — H. Gillet.

Influence de la pleurésie intercurrente sur l'évolution des lésions tuberculeuses pulmonaires. — « La pleurésie, dit Grisolle, est l'épiphénomène obligé de toute phtisie commune. » C'est ce que la clinique démontre chaque jour. L'influence de la pleurésie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, sa valeur pronostique, en un mot, a été diversement appréciée. Bayle, Andral, Louis, Grisolle et beaucoup d'autres auteurs regardaient ces pleurésies comme un élément puissant d'aggravation de la maladie première. Dans ces dernières années, s'est accusée une tendance à les considérer comme de simples incidents sans conséquences fâcheuses, et même à y voir, dans certains cas, un événement heureux, quelquefois une cause d'atténuation et de guérison. C'est cette dernière opinion que le Dr E. de Cisternes *(Thèse de Paris, 1901)*, s'est attaché à soutenir. Son étude a surtout pour objet les pleurésies à épanchement survenant au cours d'une tuberculose pulmonaire confirmée.

Ces pleurésies ont en général un début insidieux. Le plus souvent séro-fibrineux et d'une abondance moyenne, ces épanchements envahissent d'ordinaire la plus grande partie de la cavité pleurale, droite ou gauche indifféremment. Ils durent d'habitude un ou deux mois, et ont une tendance manifeste à la résorption spontanée. Laënnec et Legroux avaient déjà remarqué qu'ils entravaient par compression le développement des tubercules. Plus tard, Cornil, Hérard et Leudet ont signalé la cicatrisation des cavernes et la transformation crétacée des tubercules, du côté où il survient une pleurésie. Le Dr Galliard a décrit chez les tuberculeux ces « pleurésies providentielles » qu'il ne faut pas taquiner sous peine de précipiter la catastrophe.

L'anatomie pathologique montre, dans beaucoup de cas, du côté de la pleurésie, des lésions pulmonaires moins avancées que du côté où la plèvre est saine. La clinique, d'autre part, nous apprend que souvent la marche d'une tuberculose du poumon a été entravée par l'apparition d'une pleurésie : fréquemment, après guérison de celle-ci, les signes physiques pulmonaires s'atténuent, les crachats disparaissent, et le malade prend de l'embonpoint.

Comment interpréter cette heureuse influence ? On a comparé l'action de ces pleurésies à celle d'une méningite, d'une péritonite survenant au cours de la phtisie ; ces complications s'accompagnent, on le sait, d'une atténuation des phénomènes pulmonaires. L'action bactéricide bien connue des épanchements séro-fibrineux pourrait également exercer son influence, par absorption, sur les foyers tuberculeux du poumon. En outre, d'après Charcot, l'inflammation pleurale pourrait agir par propagation au poumon, en y créant une sclérose interstitielle, processus de guérison.

La compression exercée par l'épanchement sur l'organe malade peut y déterminer un état d'ischémie défavorable au développement des tubercules, à la suppuration pulmonaire, et même amener la cicatrisation des cavernes par rapprochement de leurs parois.

L'auteur attribue une influence prépondérante à l'immobilisation forcée du poumon : celui-ci se décongestionne grâce à la suppression de l'action nocive des mouvements respiratoires. L'immobilisation du malade n'est pas moins importante. La pleurésie oblige en effet le tuberculeux au repos général, condition si favorable au traitement. En résumé, la pleurésie agirait surtout par le repos forcé du malade, et le repos forcé de l'organe atteint. — P. B.

Les paralysies consécutives aux angines non diphtériques. — Ces paralysies sont rares : il n'en existe jusqu'ici que quatre cas certains dans la science. M. Pophillat *(Th. de Paris 1901)*, en rapporte un nouveau cas, au sujet duquel il reprend l'étude de ces paralysies.

Dans la majorité des cas, la paralysie survient quinze jours, un mois et plus après l'angine ; mais elle peut aussi éclater avant, à la manière de certaines paralysies diphtériques. La gravité de l'angine n'a pas grande influence sur son apparition. Dans quatre cas sur cinq, le début se fit sans phénomènes généraux ; dans le cinquième, il y a eu un peu d'agitation, de fièvre et de céphalée. La paralysie peut se

Digitized by Google

limiter au voile du palais ou aux muscles de l'œil, mais elle peut aussi se généraliser et s'étendre aux muscles des membres. Dans tous les cas, elle frappe sans ordre et sans régularité. Les muscles de la vie végétative et les sphincters sont toujours restés indemnes. Dans deux cas existaient des troubles de la sensibilité. La durée de ces paralysies varie entre huit jours et trois mois : la guérison est de règle.

Le diagnostic de la paralysie est facile, par ses symptômes ; le diagnostic de sa nature est beaucoup plus délicat : aucun caractère ne permet d'affirmer qu'elle est diphtérique ou non. Si l'angine causale existe encore, des examens bactériologiques répétés pourront seuls permettre d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une angine diphtérique : dans les cinq cas rapportés par l'auteur, l'agent causal de l'angine et de la paralysie paraissait être le streptocoque, seul ou associé. — B. H.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie de la rate.

Après avoir fait l'historique de la chirurgie de la rate, M. Février étudie les différentes affections de cette glande avec les indications chirurgicales qu'elles comportent; les traumatismes de la rate (ruptures, coup de feu, hernies) sont les plus intéressants.

I. — Ruptures sous-cutanées de la rate — 1° Dans un premier groupe, la rate est réduite en bouillie; l'hémorrhagie domine la scène, fournit les éléments du diagnostic, imprime à l'indication opératoire un caractère d'urgence absolue et, au moment de l'intervention, peut dicter au chirurgien la technique à employer.

Parfois l'hémorrhagie peut être tellement rapide que le blessé n'a même pas le temps d'être apporté à l'hôpital; il succombe sur le champ.

Edler a rassemblé 44 cas de ruptures de la rate, dont 21 furent mortels sur-le champ, 9 dans la première heure. En somme, 21 blessés sur 44, soit 47 p. 100, sont morts au bout d'une heure.

Ainsi s'expliquerait dans une certaine mesure la rareté relative des ruptures sous-cutanées de la rate.

D'ailleurs, pour qu'une rate normale puisse être lésée aussi gravement, il faut une violence énorme qui ne borne pas ses dégâts à la rate, mais intéresse le foie, les reins, les poumons.

2° Dans un second cas, la rate n'est pas détruite, elle peut être broyée partiellement, séparée en plusieurs fragments ou fissurée.

Il peut dans certains cas se faire, sous l'influence du spasme des vaisseaux, ou de la production de caillots dans la capsule rétractée, et formant capuchon, que l'écoulement du sang soit retardé ou momentanément suspendu. Mais cette hémostase spontanée provisoire, bien que rarement durable, permet au chirurgien d'intervenir avant que le malade soit dans un état d'anémie irrémédiable. C'est dans ces cas que la précocité de l'opération joue le plus grand rôle.

Il faut distinguer deux cas :

a) La rate, sans être broyée, est déchirée en plusieurs morceaux, qui peuvent rester adhérents au pédicule vasculaire ou devenir libres dans l'abdomen (2 morts, 5 guérisons dans lesquelles l'intervention avait eu lieu entre 3 et 24 heures).

b) La rate est entamée plus ou moins profondément, sans que toutefois la division soit complète.

La profondeur de ces fissures varie : ou bien elles creusent profondément leur trajet, laissant à peine sur la face opposée un mince pont de tissu intact ; ou bien elles sont moins profondes et, dans certains cas, il n'y a plus qu'une fissure superficielle. Leur longueur varie de quelques centimètres à toute la longueur de l'organe ; parfois ces fissures divergent comme les rayons d'une étoile autour du hile.

L'état de la capsule est intéressant à étudier.

Dans certains cas, il s'est produit un hématome sous-capulaire étendu qui a secondairement déchiré la capsule. Dans ces faits, la rate est donc broyée dans la profondeur tandis que la capsule était soulevée par des caillots interposés. La capsule est donc loin de se déchirer toujours en même temps que le parenchyme ; c'est celui-ci qui d'abord est profondément atteint. Il se produit un hématome sous-capsulaire qui augmente de plus en plus jusqu'à éclatement final de la capsule, survenant après un laps de temps variant de quelques heures à plusieurs jours. Ainsi s'expliqueraient ces faits de contusion de la rate où l'hémorrhagie révélatrice est tardive, où le diagnostic reste en suspens, et où la capsule une fois rompue, la mort arrive brusquement.

Sur les 33 cas qui constituent la dernière catégorie, 15 se sont terminés par la mort.

S'il est des cas où le diagnostic a pu être établi avec une certitude presque complète, il en est d'autres, au contraire, où la lésion a pu être méconnue plus ou moins longtemps. Ce sont les faits où des lésions graves accessoires sont venues accaparer l'attention du chirurgien, comme cela arrive quand il s'agit d'une chute d'un lieu élevé.

Difficiles aussi sont les cas dans lesquels il n'y a pas eu de traumatisme localisé, lorsqu'une roue de voiture par exemple a passé sur la base du thorax, que la douleur abdominale est diffuse. On croit le plus souvent à une fracture des côtes, mais si on constate les signes d'une hémorrhagie interne, elle peut être aussi bien le résultat d'une déchirure du foie, des reins, du mésentère ou d'une lésion du tube digestif (rupture de l'estomac ou de l'intestin). Heureusement que, dans les faits de ce genre, l'hémorrhagie ou la possibilité d'une lésion viscérale quelconque commandent impérieusement la laparotomie qui permet de rectifier le diagnostic

Cependant, il est des faits où ce diagnostic a pu être

Digitized by Google

établi avec une quasi certitude, et l'étude des observations montre qu'il existe des symptômes qui par leur constance et leur précocité permettent de reconnaître la rupture de la rate assez tôt pour intervenir avec succès et dont la recherche méthodique dans les cas complexes cités plus haut peut souvent être du plus grand secours.

On admet généralement que pour la rate et le foie, on établit assez facilement le diagnostic par les symptômes d'une hémorrhagie interne avec pâleur de la peau et des muqueuses, petitesse du pouls. De plus, la localisation d'une douleur dans l'un des deux hypochondres décèle avec assez de précision l'organe lésé, surtout quand il vient s'y adjoindre les traces extérieures d'une contusion locale, ou même simplement quand les commémoratifs montrent que la région de la rate a été le siège d'un violent traumatisme.

Tantôt l'hémorrhagie se produit d'emblée, profuse et abondante, quand la rate a été broyé dans sa totalité. La perte de sang est tellement rapide que l'anémie post-hémorrhagique est trop prononcée pour que le blessé puisse survivre à l'opération la mieux conduite.

L'hémorrhagie est encore précoce et très abondante quand l'organe est séparé en deux fragments.

Dans les autres variétés de rupture, le tableau clinique n'est pas dessiné aussi rapidement. L'hémorrhagie est retardée et ne se manifeste que le lendemain de l'accident ou même les jours suivants. Dans les premiers moments qui suivent la contusion, le blessé revient à lui. Il conserve seulement de la faiblesse, de l'anxiété, de la gêne respiratoire; il est un peu pâle, mais le pouls est assez fort et régulier, et on pense bien plutôt à une fracture de côte qu'à une lésion de la rate.

Mais au bout de quelques heures les symptômes d'abord peu alarmants se sont accentués. Il y a une faiblesse générale croissante, le pouls devient faible, petit et plus fréquent, la face et les muqueuses se décolorent, les extrémités se refroidissent, le corps se couvre d'une sueur froide. Au début, on aurait pu à la rigueur songer à des phénomènes de choc, mais il faut dès maintenant en abandonner l'idée, on est en présence d'une hémorrhagie interne.

Aussitôt qu'elle se produit, alors même que les symptômes d'anémie et de collapsus n'ont pas acquis toute leur intensité, on voit apparaître deux signes objectifs de grande importance : la *contracture des muscles de l'abdomen* et une *matité disposée suivant une certaine configuration*. La contracture des parois est évidemment commune à d'autres lésions viscérales, mais elle révèle d'une façon précoce ces lésions et indique dans tous les cas une intervention urgente. La disposition de la matité met directement en cause la rate et précise le diagnostic.

La contracture abdominale est un signe qui par sa fréquence et sa précocité mérite d'être placé en première ligne. Il n'indique pas plus spécialement une lésion de la rate que il révèle bien une lésion viscérale et, joint à d'autres signes tels que matité à configuration spéciale, collapsus hémorrhagique, il permet d'établir rapidement le diagnostic.

Quand il s'agit d'épanchements abondants dus à une déchirure de l'intestin ou une hémorrhagie interne, l'aspect de l'abdomen rappelle celui d'un tétanique. Les muscles ont la consistance d'une planche. Il s'y ajoute cet autre signe, c'est que le crémaster prend part à la contraction, que le scrotum est très ramassé, que les testicules sont remontés vers l'anneau, que le pénis est rétracté comme chez un homme qui sort de l'eau après un bain très froid.

Ce symptôme n'est pas d'une constance absolue, mais sa fréquence est assez considérable pour qu'on en tienne le plus grand compte.

Dès que l'hémorrhagie se produit, on ne tarde pas à rencontrer dans la plupart des cas un symptôme de très grande valeur, c'est la *matité*. D'abord peu prononcée, consistant simplement dès le début en une légère diminution de sonorité, elle devient rapidement très manifeste. Dans les observations où elle est signalée, elle a été souvent très précoce; on a pu la trouver au bout d'une heure et demie. Elle est surtout localisée dans les deux flancs, en particulier dans le flanc gauche, où elle déborde la matité normale de la rate de plusieurs travers de doigt, où elle peut atteindre la ligne médiane. Quelquefois, on la détermine dans les deux fosses iliaques. Enfin il est un autre point où la matité acquiert parfois une étendue plus considérable qu'ailleurs : c'est la région hypogastrique, où sa limite supérieure décrit généralement une ligne convexe en haut, plus rarement concave. Cette matité hypogastrique se relie à la matité des deux flancs par une zone occupant les deux fosses iliaques.

Les changements de position du malade font disparaître la matité dans le flanc droit, mais incomplètement dans le flanc gauche, surtout au niveau de la rate. Ainsi que l'ont démontré les laparotomies, cela tient à ce que le sang épanché autour de la rate se prend rapidement en caillots plus ou moins volumineux, tandis qu'il reste fluide dans les autres parties de l'abdomen.

L'existence presque constante de la zone de matité due à l'épanchement sanguin, et sa configuration spéciale, différente de celle de l'ascite, paraissent subordonnées à deux conditions essentielles : d'une part l'existence de la rigidité de la paroi abdominale, et, d'autre part, la contraction des anses intestinales. Si elles viennent à manquer, le sang se collectera dans les parties les plus déclives de l'abdomen et pourra ne donner que des signes peu nets à la percussion.

Enfin il est des cas où après une violente contusion dans la région du flanc et de l'hypocondre gauche, le malade éprouve pendant quelques jours dans la région de la rate des douleurs assez vives pour le forcer à rester au lit. Puis tout s'améliore, les douleurs disparaissent et parfois le malade se dispose, tant bien que mal, à reprendre ses occupa-

Digitized by Google

tions. Tout danger semble à peu près écarté, puis brusquement les accidents reparaissent. Ils ont la plupart du temps changé de caractère. On est en présence d'une véritable péritonite avec ballonnement du ventre, vomissements, pouls petit et misérable, facies grippé. La palpation fait découvrir dans le flanc gauche une tuméfaction considérable. On incise et on trouve un hématome en train de suppurer et contenant une rate rompue qui paraît augmentée du double et qui porte une déchirure largement béante s'étendant de haut en bas sur toute la surface convexe avec de nombreuses déchirures étoilées vers le hile.

Les accidents tardifs dus aux ruptures de la rate pourraient être divisés en deux groupes.

Tantôt il s'agit de cas où l'hémorragie se produisant lentement s'est enkystée. L'hématome s'infecte ultérieurement et donne des accidents de péritonite localisée ; tantôt il s'agit d'une rate qui, violemment contusionnée, a subi un écrasement plus ou moins considérable de son parenchyme, sans déchirure de la capsule. L'hémorragie donne naissance à une vaste collection sanguine sous-capsulaire et cet hématome peut, par la suite, ou bien s'infecter comme dans le cas précédent et en reproduire le tableau clinique, ou bien se rompre. Ce sont alors les symptômes de l'hémorragie interne qui peut, suivant les cas, amener la mort foudroyante ou permettre au chirurgien d'intervenir encore à temps.

Traitement des ruptures. — Sur cinquante-six cas de rupture de la rate, traités chirurgicalement, qu'a pu réunir M. Février, les traitements mis en usage se répartissent ainsi :

Quarante-six cas d'extirpation de la rate ; trois cas avec tamponnement ; un cas de suture de la plaie splénique ; un cas de ligature des vaisseaux du pédicule ; cinq cas de laparotomie pure et simple permettant l'évacuation du sang et des caillots.

La *splénectomie* a donné une mortalité brute de 50 p. 100. Si on s'en tenait à cette appréciation pure et simple, la splénectomie devrait en somme être considérée comme une opération très grave, puisque la moitié des opérés succombent. Mais, il est indispensable, pour apporter quelque précision dans le débat, d'éviter le groupement de faits peu comparables entre eux et il faut établir des catégories. Les blessés ont succombé malgré la splénectomie et non pas à cause d'elle. Elle n'est qu'un moyen d'hémostase, et il ne faut pas lui demander de guérir des blessés saignés à blanc.

La mortalité du fait de l'opération est exceptionnelle, l'auteur en signale 3 cas. Dans les autres, l'opération a été trop tardive.

La *précocité* de l'intervention est, en effet, un facteur important du succès. Dans presque tous les cas où la splénectomie a été suivie de guérison, elle a toujours été précoce et pratiquée dans un laps de temps ne dépassant pas vingt-quatre heures.

Quelles sont les conséquences de la splénectomie ? On a observé des troubles morbides essentiellement transitoires, hypertrophies ganglionnaires et plus souvent modifications du côté du sang, diminution de l'hémoglobine, des globules rouges et augmentation des globules blancs.

Il est probable que ces modifications du sang sont imputables, en grande partie du moins, à l'ablation de la rate, et la plupart des auteurs y voient la conséquence directe de la suppression de son rôle dans l'hématopoièse.

Il faut citer encore une sorte d'anémie accompagnée d'amaigrissement, de faiblesse, de somnolence, de douleurs dans l'abdomen et dans les membres : enfin des troubles psychiques.

Tous ces phénomènes sont inconstants et transitoires et l'on peut dire que la privation de la rate est parfaitement compatible avec la santé, et que la splénectomie est une opération légitime.

Les autres procédés : tamponnements, suture de la rate, ligature des vaisseaux spléniques, sont tous des procédés de nécessité ; aussi l'auteur conclut ainsi :

A. Lorsqu'on se trouve en présence d'une rate mobile non adhérente, on devra pour le choix de la méthode se guider sur la gravité des lésions :

1° Lorsque l'organe sera largement broyé, lorsqu'il sera rompu en plusieurs fragments ou lorsqu'il existera des déchirures simples ou multiples, mais longues et profondes, il faudra avoir recours au procédé hémostatique par excellence, à la splénectomie ;

2° Lorsqu'il existera une déchirure limitée, ne dépassant pas 2 à 3 centimètres et entamant peu le tissu splénique, on pourra user de la suture, mais il sera toujours prudent de la combiner au tamponnement.

B. Dans le cas de rate adhérente, rendant l'opération très laborieuse et exposant consécutivement à des hémorrhagies en nappe, au niveau des adhérences décollées, on devra, si les déchirures sont peu profondes quoique étendues, tenter la suture avec le tamponnement. Si ces deux procédés sont reconnus impossibles par la profondeur des lésions, il faudra aller au plus pressé et sans hésiter avoir recours à la ligature du pédicule.

II. — Coups de feu de la rate. — Les blessures par armes à feu de la rate sont rares. Dans les deux tiers des observations, il y a des lésions concomitantes du foie, de l'estomac, des reins, du poumon.

On conçoit dès lors le danger qu'offrent de pareilles lésions. Si le malade n'est pas tué dans la première heure par l'hémorrhagie, la blessure des organes creux contigus amène presque fatalement l'infection péritonéale.

La mortalité des cas traités par l'expectation oscille de 60 à 93 p. 100. Elle tombe à 33 p. 100 dans les cas où le chirurgien est intervenu (sur 6 cas, 4 guérisons, 2 morts.)

Les deux cas suivis de mort ont été traités par la splénectomie ; mais il serait injuste de les attribuer à cette opération.

Ces deux opérations montrent bien que, dans nombre de cas, la splénectomie sera impuissante. Ce sont les con-

Digitized by Google

ditions anatomo-pathologiques exceptionnellement graves qui rendront toute intervention inutile, parce qu'il sera impossible de faire l'hémostase à temps. On pourra, dans les cas de plaies limitées de la rate, avec hémorrhagie peu rapide, réussir par la suture et la compression, et au besoin par la splénectomie : mais, quand il existera des déchirures très étendues et des broiements de l'organe, la rapidité de l'hémorrhagie sera telle que trop souvent encore la mort surviendra.

Dans la chirurgie de guerre, cs n'est qu'aux distances où la balle a de faibles vitesses, que la perforation de la rate permettra d'intervenir. Mais dans les plaies produites par des projectiles animés de vitesses plus grandes, les dégâts seront tellement considérables que bien souvent on arrivera trop tard.

Les coups tirés à courte distance, les éclatements de la rate, tueront le blessé avant qu'on ait eu le temps de le relever.

Sur les quatre cas qui ont été guéris, deux ont été traités par la suture. Ces faits sont évidemment encourageants, et la question du traitement des plaies de la rate par coups de feu, comme celles de l'abdomen en général, ne divise plus aujourd'hui les chirurgiens. Tout le monde est d'accord en présence d'un coup de feu de l'hypocondre gauche, pour pratiquer la laparotomie et explorer l'abdomen.

Quand on soupçonne une blessure de la rate, il est d'autant plus indispensable de faire la laparotomie que les lésions de cet organe sont accompagnées dans les deux tiers des faits de blessures de l'estomac, de l'intestin, du foie, du rein, du poumon. Dans le cas où, par un hasard extraordinaire, le blessé échapperait à la mort par hémorrhagie, les complications d'ordre septique le guettent et ne le laisseront pas échapper.

Lorsque la lésion est limitée, peu profonde. on peut user de la suture, mais il sera indispensable de la combiner au tamponnement, puisque l'hémostase qu'elle donne est toujours incomplète.

III. Hernies traumatiques de la rate. — Il existe, en tout, trente interventions pour hernie traumatique de la rate, chiffre peu élevé puisque, suivant la remarque de Vanverts, elles doivent être réparties sur une période de trois cents ans.

Autant qu'on peut en juger par les détails souvent insuffisants de certaines observations, la splénectomie totale aurait été pratiquée vingt-quatre fois et la splénectomie partielle six fois seulement. Fait digne de remarque, c'est que ces trente interventions, bien que pratiquées pour la plupart à la période pré-antiseptique, ont constamment été suivies de succès.

On peut trouver, en partie, du moins, dans les circonstances anatomo-pathologiques de la lésion, l'explication de cette surprenante bénignité.

Quand, au moment de la blessure, sous l'influence de la tension intra-abdominale, la rate tend à s'engager entre les lèvres de la plaie, elle se trouve très serrée dans la boutonnière à travers laquelle elle fait hernie, et s'étrangle en quelque sorte. Cette constriction a été signalée par bien des auteurs. Du reste, les cas dans lesquels il a fallu débrider pour pouvoir attirer l'organe au dehors, attestent aussi cette constriction. La hernie de la rate ainsi produite était forcément, dans des périodes antérieures à l'antisepsie, un bienfait pour le blessé.

La plaie pénétrante de l'abdomen, hermétiquement close par la glande, prévenait l'infection de la séreuse et l'obturation provisoire, due primitivement à la simple issue de la rate, devenait rapidement définitive par les adhérences du péritoine pariétal. En se contentant d'enlever une plus ou moins grande partie de la glande herniée, l'intervention avait presque toujours un caractère extrapéritonéal qui assurait sa bénignité, et rendait transitoires les quelques accidents fébriles observés. Les adhérences avaient le plus souvent le temps d'être solides, car l'intervention n'était pas pratiquée d'une façon précoce. C'était après deux ou trois jours, huit jours, vingt-cinq jours même, que l'on agissait sur la rate herniée.

On pratiquait une ligature à sa base et l'excision n'était opérée que quelques jours après ; souvent même, on attendait la chute spontanée de l'organe.

Quelle doit être, en présence d'une hernie de la rate, la conduite du chirurgien ?

Si on se trouve en face d'un accident très récent, et que la rate n'ait pas été exposée à une infection manifeste, on peut être tenté, surtout si elle n'est pas blessée, d'en faire la *réduction*, après l'avoir soigneusement désinfectée, et en s'aidant au besoin d'un débridement de la paroi abdominale; mais il faut pour cela l'intégrité de l'organe ou tout au moins une très petite plaie qu'on puisse réunir facilement, car la rate supporte avec difficulté les sutures. Cette réduction donne quelques succès, mais elle est quelquefois périlleuse, car on ne sait jamais dans quelle mesure la rate plus ou moins bien aseptisée n'expose pas le péritoine à l'infection. Aussi lorsqu'il existe une lésion de la rate ou lorsque la hernie ne date pas plus de quelques heures seulement, il est prudent de recourir à la splénectomie.

L'abstention expose les malades aux risques et aux souffrances d'une mortification lente avec suppuration et aux phénomènes infectieux. Il faut faire la *splénectomie totale* ou *partielle*.

Lorsque la hernie est de date récente, l'opération de choix est la splénectomie totale ; mais il est nécessaire au cours de l'opération d'éviter minutieusement les risques d'infection du péritoine.

Doit-on rentrer le pédicule ? Si on est sûr qu'il n'ait pas été infecté, il vaut mieux le réduire dans le ventre. Si l'on conserve le moindre doute à cet égard, il est plus prudent d'en fixer le moignon dans l'angle de la plaie. Mais il n'est pas nécessaire de placer avant la section du pédicule deux broches en croix, comme dans les anciens procédés d'hys-

Digitized by Google

térectomie abdominale, et de les laisser huit jours à demeure.

Lorsque la hernie est de date ancienne et que la portion prolabée de la rate est déjà flétrie, on peut évidemment se borner à enlever au thermo-cautère la partie vouée à la mortification. Mais, l'hémostase opérée en serrant un gros fil à la base de l'organe n'est pas chose facile à cause de la friabilité du tissu splénique. En outre, la chute du moignon peut amener des phénomènes infectieux. Ces craintes suffisent à justifier des interventions plus hardies, et, en présence d'un cas de ce genre, mieux vaut avoir recours à la laparotomie (1).

NOUVEAUX REMÈDES

Racine de l'Echinacea angustifolia. — L'Echinacea angustifolia est une plante de la famille des composées qui nous vient de l'Amérique du Nord.

La racine fraîche de cette plante jouit d'une haute faveur auprès des Indiens Sioux comme médicament à opposer aux morsures de serpents. D'après une récente communication de Stinson nous possédons dans cette drogue, qui agirait aussi comme sialagogue, non seulement un antiseptique doux, inoffensif, mais encore et avant tout, un aphrodisiaque, pouvant provoquer des érections dans les cas où la puissance est conservée ainsi que dans les cas de pseudo-impuissance

Cette drogue a été jusqu'ici prescrite à l'intérieur, dans la malaria, le typhus, les maladies de l'estomac, etc.; à l'extérieur Stinson s'est servi, comme aphrodisiaque, d'une solution aqueuse d'extrait fluide au 1/3; il a appliqué en badigeonnages sur la muqueuse du penis 20 à 60 gouttes de cette solution. L'extrait agit comme stimulant de la circulation capillaire; son application donne lieu à une sensation de brûlure douce, mais pénétrante. L'érection résulte, d'une part, d'une congestion consécutive à l'action irritante exercée par le médicament sur les vaisseaux sanguins, et, d'autre part, d'une action réflexe donnant lieu à une contraction des muscles. Une seule application peut suffire pour provoquer une érection. A l'intérieur, on prescrit l'extrait fluide, mêlé avec de l'eau, aux doses de de 0 gr. 30 jusqu'à 3 grammes. (*Ann. Merck*, 1900)

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli. — M. A. Josias. — Ce traitement, préconisé en 1888 par Baccelli, consiste à faire au malade des injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'acide phénique pur en solution aqueuse à 2 ou 3 0/0; on peut injecter chaque jour, en 4, 6 ou 8 injections, jusqu'à 0 gr. 30 d'acide phénique pur. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à guérison complète.

En Italie, plusieurs observations de tétanos guéri par cette méthode, ont été publiées. En France, ce traitement n'a été que rarement employé.

L'expérimentation nous permet d'étudier la valeur de cette méthode. Déjà les expériences de MM. Courmont et Doyon ont montré que les injections d'acide phénique n'ont aucune action utile contre le tétanos expérimental; bien plus la présence de l'acide phénique dans l'organisme paraît activer la marche de ce tétanos.

Les expériences de M. Josias, faites dans le laboratoire de M. Nocard, ont porté sur des chèvres, chez lesquelles l'évolution du tétanos est assez comparable à ce que l'on voit chez l'homme. De plus, il s'est servi d'une toxine tétanique dont la virulence était exactement connue. Il était donc dans les meilleures conditions pour voir si le traitement de Baccelli peut exercer une action favorable sur l'évolution du tétanos confirmé. Or, toutes ses expériences l'ont conduit à cette conclusion que la méthode de Baccelli ne semble pas influencer favorablement l'évolution du tétanos confirmé, même quand ce traitement est institué hâtivement, dès l'apparition des premiers symptômes.

M. Ehrmann, associé national, lit un mémoire sur la palatoplastie en deux temps, dans les divisions congénitales du palais.

L'Académie entend les rapports de MM. Laveran, sur le service médical des eaux minérales en France, en 1900; — Sevestre, sur le concours pour le prix Alvarenga en 1901; — Huchard, sur le concours pour le prix Mège en 1901; — Brouardel, sur le concours pour le prix Clarens en 1901. *(15 octobre.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Empyème guéri par une seule thoracentèse. — M. Galliard. On considère aujourd'hui la pleurotomie comme inévitable dans les pleurésies purulentes aiguës. Cependant il existe heureusement des exceptions à cette règle, désormais classique.

Comme preuve à l'appui, M. Galliard rapporte l'observation d'une femme de 48 ans, atteinte de pleurésie purulente dans le cours d'une pneumonie : cette pleurésie présenta cette particularité qu'elle fut vidée et guérie par une seule ponction pratiquée le 7e jour après le début de la maladie, tandis que la pneumonie, continuant son évolution, eut une durée de trois semaines. Le pus de la ponction (un demi litre), contenait une quantité énorme de pneumocoques et de streptocoques.

Pneumothorax et vomique séreuse au cours d'une thoracentèse chez une enfant — M. Variot. Il s'agit d'une petite fille de 11 ans, atteinte de pleurésie droite, apyrétique, dont l'épanchement, remplissant les deux tiers de la plèvre, ne présentait, au bout d'un mois et demi, aucune tendance à la résorption. Une ponction aspiratrice fut alors

(1) Extrait du rapport de M. Février au Congrès de chirurgie (octobre 1901).

Digitized by Google

pratiquée dans le 7e espace intercostal sur la ligne axillaire. On évacua ainsi 120 grammes d'un liquide séreux et limpide. Au bout de 3 à 4 minutes, l'enfant quoique placée dans le décubitus dorsal, fut prise de quintes de toux persistantes qui continuèrent après que l'aiguille eut été retirée Bientôt la malade se met à rejeter par la bouche et par le nez une quantité abondante de sérosité mousseuse, sanguinolente ; cyanose du visage, menaces d'asphyxie.

Sous l'influence d'une injection d'éther, de l'inhalation d'oxygène, de révulsion sinapisée sur le thorax la crise se calma ; elle avait duré un quart d'heure pendant lequel l'enfant avait rendu 250 grammes d'un liquide aéré, sanguinolent. L'auscultation et la percussion de la poitrine montrèrent qu'un pneumothorax venait de se former du côté ponctionné.

Les vomiques se renouvelèrent pendant les deux jours suivants, lorsque la petite malade se mettait à tousser ; puis disparurent. Elle ne fut guérie de son pneumothorax qu'au bout de cinq semaines, après avoir présenté des accès de fièvre assez élevés.

M. Variot pense que le parenchyme pulmonaire, antérieurement malade, et plus fragile dans la zone occupée par la pleurésie, s'est rompu sous l'influence de l'aspiration. Il ne croit pas à l'existence d'une tuberculose sous-pleurale, encore moins à une piqûre du poumon par l'aiguille, puisque pas une goutte de sang ne s'est écoulée dans la bouteille aspiratrice.

L'expectoration albumineuse habituelle après la thoracentèse est due, dans la majorité des cas, à un œdème aigu du poumon. Mais chez cette enfant, il s'agissait d'une vomique séreuse : le liquide rejeté sous forme d'expectoration a paru être le liquide pleural, mêlé de sang par son passage à travers la fistule pleuro-pulmonaire.

Cytologie — M. Dufour fait deux communications, l'une sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite chronique alcoolique ; l'autre, sur la cytologie du liquide séro-citrin d'une arthropathie tabétique — (11 *octobre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Balle logée dans le poumon, extraction après radiographie. — M. Loison. Il s'agit d'un soldat qui, le 13 juillet 1900, au combat de Tien-Tsin, fut frappé dans la poitrine d'une balle de fusil Mauser. Le projectile pénétra au niveau de l'extrémité externe de la clavicule droite et se logea à la partie supérieure du poumon. Cet homme dit qu'immédiatement après sa blessure, il a craché du sang pur, et qu'il a eu des crachats sanguinolents pendant un mois environ. Depuis il ne semble pas en avoir souffert. La palpation, l'auscultation, la percussion ne révèlent rien d'anormal.

A la radiographie, on voit que le corps étranger, logé dans le poumon, répond à la 2e côte et au 2e espace intercostal. A l'aide de l'appareil de M. Contremoulin, le projectile put être localisé d'une manière absolument exacte et retiré après résection en avant de la 2e côte et libération de sa capsule d'enkystement dans le poumon.

M. Reclus. — Les troubles neurasthéniques que présentait la malade, sont insuffisants pour légitimer une pareille opération. Tout le monde sait combien ces projectiles s'enkystent facilement dans le tissu pulmonaire et y restent absolument silencieux, sans provoquer ni trouble ni douleur.

M. Bazy fait un rapport sur les 2 observations suivantes de M. Dupraz, de Genève :

1° Incrustations calcaires du canal de l'urèthre à la suite d'injections répétées d'eau de chaux. Cathétérisme progressif avec les bougies Béniqué et lavages du canal avec une solution d'HCl au 1/1000e — guérison.

2° Anthrax grave de la lèvre supérieure et phlegmon de la face chez un vieillard de 72 ans. Débridement de l'anthrax au bistouri et curetage du foyer — lavages antiseptiques — injection de 60 centimètres cubes de sérum de Marmorek en 36 heures, guérison. *(9 octobre.)*

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies professionnelles, par le Dr Th. Sommerfels, traduit par le Dr G. De Geynst, de Huy, tome I. 1 vol. chez Alfred Castaigne, éditeur. Prix : 12 fr. 50.

Voici un intéressant volume dont nous n'avons pas l'équivalent en France. Tous les travaux sur les maladies professionnelles sont très écourtés même dans les meilleurs traités d'hygiène que nous possédons, et, lorsque nous désirons quelques renseignements à ce sujet nous sommes obligés de recourir aux monographies ou aux articles publiés dans les revues spéciales, que beaucoup de médecins, je dirais même la plupart, ne possèdent pas. C'est donc une excellente innovation que de réunir en un traité toute la pathologie qui résulte des professions, et un semblable travail, s'il ne paraît pas d'une utilité de premier ordre pour les médecins qui exercent à la campagne, est presque nécessaire pour ceux qui exercent dans les villes ou dans les centres industriels.

Ce premier volume du traité de Sommerfels est divisé en deux parties : l'une, la pathologie et l'hygiène professionnelle générale ; l'autre, l'hygiène professionnelle spéciale comprenant ce qui a trait à l'industrie de la pierre et des terres, à l'industrie métallurgique (fer, plomb, zinc, mercure, or et argent).

Nous devons remercier le Dr de Geynst, de Huy, de nous avoir fait connaître ce travail en le traduisant. — M. Deguy.

Pratique de la chirurgie courante, par le Dr M. Cornet, préface de M. le Pr Ollier. 1 fort vol. in-12, 6 fr. (Paris, Félix Alcan, éditeur.)

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Anesthésie brachiale permanente dans l'angine de poitrine

Par M. Klippel

L'accès d'angine de poitrine s'accompagne souvent d'une douleur irradiée dans l'épaule, le bras, l'avant-bras, les derniers doigts de la main.

J'ai observé un malade chez lequel ces douleurs ont été suivies d'une anesthésie *permanente* dans le même territoire. L'anesthésie semblait exactement superposable à l'algésie, et comme elle était nettement délimitable et fixe, il fut possible de préciser la topographie de la douleur elle-même, dont la physiologie pathologique n'est pas encore établie avec certitude.

D'autre part, les traités classiques n'indiquent pas que l'anesthésie, qui, cependant, est la suite de beaucoup de névralgies, puisse se produire à titre de conséquence des douleurs angineuses.

Le malade dont il s'agit présente donc un double intérêt au point de vue pathologique.

Chez lui, il s'agit d'une angine de poitrine, liée à une maladie organique, à une aortite chronique. Il est actuellement âgé de 38 ans. Il est dessinateur. Son affection cardiaque est probablement le résultat d'une fièvre typhoïde qu'il eut à l'âge de 19 ans, et qui se compliqua d'une phlébite du membre inférieur ; du moins n'ai-je pu trouver chez lui aucune autre maladie causale.

De tout temps, le malade a été très nerveux, mais n'a jamais présenté d'attaques de nerfs, ni des troubles nettement hystériques.

Son affection cardiaque est caractérisée par des signes fonctionnels : vertiges, éblouissements, palpitations, dyspnée fréquente et au moindre effort.

Comme signes physiques on constate une légère hypertrophie cardiaque ; à l'auscultation, on entend un souffle très fort assez rude, remplaçant le premier bruit et se propageant jusqu'au second temps. Ce souffle est perçu dans toute la région cardiaque et même jusque dans l'aisselle, mais son maximum d'intensité est au niveau du sternum et de l'orifice aortique. Il n'existe pas de symptômes d'asystolie ; le foie est de volume normal, les veines jugulaires ne sont pas dilatées ; il n'y a ni œdème ni albuminurie. Le premier accès d'angine de poitrine, suivi de l'anesthésie du membre supérieur se produisit en 1900, à l'âge de 38 ans, une quinzaine de jours avant l'entrée à l'hôpital. Ils furent précédés d'un état de fatigue avec palpitations et dyspnée, particulièrement marquées. Il y eut aussi à ce moment de vagues douleurs précordiales. Le premier accès fut marqué par des douleurs débutant dans la région cardiaque et irradiant dans le bras gauche et la sphère du nerf cubital, par un malaise général, des sueurs froides, de l'oppression, des vomissements et une courte perte de connaissance.

Environ quinze jours plus tard, le malade voulant prendre un paquet, s'aperçut qu'il avait perdu la sensibilité du petit doigt de la main gauche. Il put se piquer, se mordre sans éprouver de douleur. Le doigt lui paraissait engourdi. Cette sensation d'engourdissement s'accusa rapidement en gagnant l'avant-bras et le bras, en même temps que ces régions devenaient le siège de sensations douloureuses spontanées.

Le malade remarqua encore que la douleur du bras s'exagérait au moment même où il éprouvait des crises de douleurs précordiales.

En l'examinant à l'hôpital, j'ai pu constater au niveau du membre supérieur gauche une anesthésie complète, permanente, avec par moments, douleurs spontanées dans le territoire correspondant, et ainsi répartie :

Cinquième doigt : anesthésie en totalité.

Quatrième doigt : Anesthésie de tout le côté cubital tant à la face dorsale que palmaire.

Main : Anesthésie complète sur tout le bord interne ; sur le dos de la main elle s'étend jusqu'au quatrième métacarpien, sur la paume elle envahit toute la région hypothénar.

Avant-bras : Anesthésie de tout le côté cubital.

Bras : Anesthésie de la région externe, jusqu'à la région moyenne environ, dans le sens de la largeur.

Epaule : Anesthésie dessinant le deltoïde et se prolongeant en-dedans sous forme d'un triangle dont la pointe est appuyée sur la base du cou.

Thorax : La sensibilité reparaît complète.

Aisselle : Sensibilité obtuse.

Partout où elle existe, l'anesthésie est complète à tous les modes de la sensibilité : au contact, au chatouillement, à la piqûre, au chaud, au froid.

La zone anesthésique est aussi partout séparée de la zone saine par une bande d'environ un demi-centimètre et au niveau de laquelle la sensibilité est seulement amoindrie, non abolie.

Pendant un séjour à l'hôpital qui a duré plusieurs mois, le malade a ressenti des douleurs spontanées dans la zone anesthésique, d'une part à chacun des accès d'angine de poitrine qu'il a éprouvés ; d'autre part, en dehors de ces accès, sous forme de vagues douleurs intermittentes, purement brachiales.

Pour ce qui est des accès angineux, ils se sont reproduits plusieurs fois. Le 30 octobre, le malade, en

Digitized by Google

allant à la boîte aux lettres de l'hôpital, a fait une chute. Cette chute a été précédée d'une douleur atrocement vive au cœur. Il lui a semblé qu'on lui arrachait cet organe. En même temps, il a eu une vive lueur devant les yeux, avec bourdonnement d'oreilles, puis il a senti qu'il tombait. Il s'est relevé tout de suite, mais la douleur cardiaque persistait. A ce moment, la douleur qu'il avait aussi ressentie dans le bras gauche a subi une exacerbation notable pendant trois ou quatre minutes. Puis, toute espèce de douleur a disparu et il a pu rentrer dans la salle, mais très lentement, les jambes faibles et tremblantes.

Le 13 novembre, pendant la nuit, alors que le malade sommeillait, il a été réveillé par une sensation pénible d'oppression. Puis cette oppression s'est bientôt transformée en douleur en même temps qu'il lui semblait qu'une lueur passait devant ses yeux. La douleur siégeait, très vive, au niveau du cœur. Le malade la compare à un grand déchirement. Elle irradiait dans l'épaule et le bras jusqu'au pli du coude. Elle a duré une minute environ. Presque aussitôt, une nouvelle crise douloureuse survint, mais encore plus violente, irradiant dans l'épaule, le bras et l'avant-bras. Durée environ deux minutes. La douleur dans le bras a persisté toute la journée et a disparu dans la soirée, après avoir subi une exacerbation.

Le 15 novembre, il eut trois nouvelles crises comparables en tout point à celle du 30 octobre. Quand la douleur cardiaque fut passée, il persista des phénomènes douloureux dans le bras, l'avant-bras et la main, au siège même de l'anesthésie. A la troisième de ces crises, la douleur cardiaque persista elle aussi pendant environ deux heures. A chaque crise, il y eut vertige, éblouissement et chute.

Le 29 novembre, vers 9 heures du soir, le malade s'est senti très oppressé. Il s'est levé, a marché. Comme l'oppression s'accusait de plus en plus, il rechercha l'impression du froid et s'assit par terre tout nu. A ce moment, il vit une lueur devant les yeux et ressentit au niveau du cœur une douleur très vive, une sensation de torsion et de déchirement. En même temps, douleur très violente dans le bras, l'aisselle, le petit doigt, douleur procédant par une série d'élancements très rapprochés. Peu à peu, tout rentra dans l'ordre, et un quart d'heure après le malade put se recoucher. Il était à peine dans son lit qu'une seconde crise survint, présentant les mêmes caractères que la première, mais avec des symptômes douloureux portés au maximum. Cette crise dura environ dix minutes. La douleur précordiale disparut assez rapidement, ainsi que les irradiations dans le membre supérieur, qui tardèrent un peu plus. Dès qu'il se sentit bien, le malade explora lui-même son anesthésie et il vit qu'elle avait conservé tous ses caractères.

A sa sortie de l'hôpital, cette anesthésie persistait encore.

***

Il me reste maintenant à tirer du cas de ce malade l'enseignement qu'il peut comporter et auquel j'ai déjà fait allusion.

Son observation peut se résumer ainsi :

Aortite chronique. — Premier accès d'angine de poitrine suivi d'une anesthésie superposable à la douleur brachiale de l'accès angineux. Aux crises suivantes irradiation de la douleur cardiaque typique dans la sphère de l'anesthésie brachiale. Persistance pendant quelques instants de la douleur spontanée dans cette sphère, après disparition de la douleur précordiale, point de départ de l'accès douloureux.

Pendant et entre les crises, l'anesthésie persiste dans tous les modes de la sensibilité (contact, piqûre, chaleur, froid, etc.).

Tout d'abord, on peut se demander quelle est la fréquence des troubles angineux de ce genre. En recherchant l'anesthésie permanente chez un certain nombre de malades, atteints d'angine de poitrine, que j'ai pu observer dans ces derniers temps, je n'ai pu retrouver un seul cas tout à fait semblable. Par contre j'ai pu constater parfois une anesthésie transitoire, faisant suite à la douleur brachiale, mais s'effaçant assez rapidement. L'un des malades que j'ai observés, âgé de 64 ans, est atteint d'aortite chronique avec angine de poitrine. Il a eu des crises répétées dont la durée a variée de cinq à dix minutes. A la suite de ses crises, il présente une période d'engourdissement du petit doigt de la main gauche. Or, j'ai pu constater que cette sensation d'engourdissement n'est pas seulement subjective, mais que pendant sa durée (de quelques minutes à une demi-heure, environ) il existe une diminution très nette de la sensibilité au contact et à la douleur. Cette constatation a été faite à la suite de cinq crises qui se sont produites du 24 octobre au 21 novembre.

De tels faits pourraient sans doute servir de transition au cas si typique et si complet que j'ai signalé.

En ce qui concerne ce dernier, son interprétation ne s'impose pas tout d'abord et d'autant plus qu'il ne nous apparaît pas comme très fréquent. Deux interprétations sont à la rigueur possibles, mais je crois devoir m'arrêter à la seconde.

La première consisterait à considérer l'accès angineux comme consécutif à une névralgie brachiale surajoutée, chez un cardiaque. La raison qu'on pourrait invoquer à l'appui de cette manière de voir est que plusieurs auteurs, et entre autres Potain, ont décrit une angine de poitrine à point de départ périphérique, en particulier à point de départ dans

Digitized by Google

une névralgie brachiale. Mais cela en dehors d'affections du cœur et d'ailleurs sans que la névralgie s'accompagnât d'anesthésie.

La seconde interprétation, qui est sans doute la plus simple, est d'invoquer la douleur angineuse, en faisant remarquer que toute névralgie ou névrite peut s'accompagner éventuellement d'anesthésie. Dans ce sens plaident les circonstances suivantes :

1° L'anesthésie brachiale a été consécutive à la douleur de l'angine du premier accès, et ce n'est pas la douleur du bras qui a irradié dans la région précordiale.

2° L'anesthésie, en sa topographie, ne répondait pas à une névralgie quelconque du membre supérieur, mais bien aux irradiations qui sont très habituellement décrites dans l'accès angineux.

3° Le retour de la douleur s'est toujours effectué dans cette même sphère et chaque fois l'ordre d'apparition a été la région précordiale d'abord,

4° L'anesthésie temporaire que j'ai observée dans la sphère cubitale chez d'autres malades angineux, semble établir une transition avec le fait dont il s'agit. Dans le même ordre d'idées, je rappellerai encore que quelques auteurs ont vu l'hypéresthésie plus ou moins persistante au niveau du thorax ou de la mamelle. Et entre l'hypéresthésie et l'anesthésie, il ne s'agit que de degrés, l'une précédant l'autre au cours de diverses névralgies.

S'il en est ainsi, une autre conclusion s'impose encore. La douleur brachiale de l'angine répond à un territoire qui, chez notre malade, a pu être délimité à loisir, puisqu'il y avait persistance de l'anesthésie en tout superposable à la douleur, et aussi avec précision, puisque l'anesthésie peut être étudiée objectivement, tandis que la douleur, signalée d'une manière plus ou moins précise par les malades, n'est qu'un phénomène purement subjectif.

Or, cette topographie ne semblait pas s'expliquer facilement par la transmission suivant la voie du phrénique et de ses anastomoses cervico-brachiales, ainsi qu'on l'a admis.

Elle semblait plutôt se répartir à la main, à l'avant-bras, au bras, suivant certaines zones d'innervation *radiculaire*, dont l'étude a, dans ces dernières années, été poursuivie par un grand nombre de neurologistes et dans maintes affections du système nerveux. C'est-à-dire que la douleur, jugée par l'anesthésie qui en fut la conséquence, et en admettant la superposition rigoureuse de l'une et de l'autre, *ne répondait nullement à un territoire de distribution de troncs nerveux, mais à une topographie d'innervation radiculaire.* Il serait très difficile d'expliquer comment une lésion cardiaque peut déterminer l'irritation de plusieurs racines postérieures, en agissant sur ces racines elles-mêmes. Cela est d'ailleurs inutile.

On sait à l'heure actuelle — et je pourrais citer plusieurs exemples qui le démontrent — que l'anesthésie dite radiculaire la plus évidente peut se montrer dans différentes maladies de la moelle elle-même. C'est donc dans les cellules de la corne postérieure qu'il faut chercher, en ce qui concerne la crise angineuse, le point de départ de l'irradiation douloureuse vers le membre supérieur, ainsi que la raison de l'anesthésie qui peut lui faire suite d'une façon passagère ou permanente.

J'ajouterai, en terminant, qu'il serait intéressant de rechercher si d'autres névralgies d'origine viscérales, irradiant dans les nerfs spinaux, présentent une topographie similaire, par rapport à celle qui vient d'être indiquée pour le cœur.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Valeur diagnostique et pronostique de la rétinite dite albuminurique (1)

Par le Dr Rochon-Duvigneaud
Ancien chef de clinique de la Faculté

Messieurs, il existe une affection de la rétine, facile à reconnaître à l'ophtalmoscope et caractéristique des néphrites graves, au cours desquelles elle se développe exclusivement. Elle fournit les plus précieux renseignements non seulement pour le pronostic de l'affection rénale, mais encore pour son diagnostic, dans les cas, moins rares que l'on ne pense, où la néphrite évolue longtemps d'une façon latente, donnant lieu à des troubles inexpliqués. Enfin dans une catégorie de néphrites, la néphrite gravidique, elle intervient d'une façon toute particulière au sujet du traitement.

Cette rétinite vulgairement dite *albuminurique* est mieux nommée *néphritique* ou *brightique*, termes qui indiquent seulement son étiologie rénale, sans préjuger son mécanisme et sans commettre l'erreur de lier sa présence à celle de l'albuminurie.

Nous traiterons devant vous seulement les points essentiels de son histoire, c'est-à-dire son étiologie, sa valeur diagnostique et pronostique, et enfin les indications qu'elle donne dans certains cas pour le traitement.

Clinique, étiologie. — La rétinite brightique se rencontre aussi bien chez des sujets qui viennent consulter pour une affection de la vue et n'ont pas encore été soignés pour leur néphrite, que chez des malades atteints d'œdème, de phénomènes urémiques et dont la néphrite est depuis longtemps reconnue

(1) Conférence faite à la séance du 14 juin, à l'amphithéâtre Laënnec, dans le service de M. le Dr Huchard, à l'hôpital Necker.

Digitized by Google

et traitée. Mais chez ces derniers, il convient d'examiner systématiquement le fond de l'œil. Les malades sont loin de se plaindre constamment de troubles visuels, ou même ils les nient alors que leur rétine est déjà gravement atteinte, sans que du reste leur vue ait nécessairement beaucoup décliné.

Les lésions rétiniennes sont presque toujours binoculaires et simultanées sur les deux yeux. Elles consistent en hémorrhagies soit punctiformes, soit en taches plus ou moins larges, mais toujours groupées autour de l'entrée du nerf optique. Aux taches rouges hémorrhagiques se mêlent presque toujours des taches blanches qui souvent ne sont que des hémorrhagies décolorées, réduites à la fibrine du sang, mais peuvent être également des amas de gouttelettes graisseuses (petites taches brillantes), etc. Autour de la macula de petites taches blanches en forme de gouttelettes forment souvent des stries rayonnées, dessinant une *étoile périmaculaire* plus ou moins complète. Enfin et surtout quand le processus est aigu, la papille devient rougeâtre, trouble, œdémateuse et une stase veineuse plus ou moins marquée traduit la gêne de la circulation rétinienne. Toutes ces lésions groupées au pôle postérieur de l'œil et laissant indemne le reste de la rétine composent une image caractéristique à laquelle l'ophtalmologiste ne se trompe pas et qui lui permet d'affirmer l'existence d'une néphrite.

Ici, messieurs, vous m'excuserez de vous parler un peu trop par axiomes. Pour être bref, je me contenterai d'affirmer ce que je pourrais vous démontrer si je disposais de plus de temps.

La rétinite permet de conclure à la néphrite, parce qu'on ne l'a jamais vue se produire indépendamment de l'affection des reins à laquelle elle est toujours consécutive. Mais elle n'apprend rien sur l'étiologie de la néphrite, non plus que sur l'état particulier du rein dans chaque cas. Bien que tout en conservant ses caractères essentiels et pathognomoniques, elle puisse présenter des apparences ophtalmoscopiques diverses (prédominance des foyers de dégénérescence blanche, par exemple), il n'y a pas une forme de rétinite liée à la néphrite épithéliale, une autre forme liée à la néphrite scléreuse. Les différents aspects de la rétinite ne paraissent nullement, quoi qu'on en ait dit, en rapport direct avec l'état anatomique du rein.

Ainsi que le montre la clinique, l'affection rétinienne est beaucoup plus fréquente dans les néphrites chroniques que dans les néphrites aiguës, sans que l'on puisse dire cependant qu'il existe une seule forme de néphrite où la rétinite ne puisse jamais se rencontrer. La rétinite apparaît surtout, quel que soit l'âge du malade, au cours des néphrites qui créent une urémie chronique, une urémie qui empoisonne lentement et ne tue pas trop rapidement. Aussi ressemble-t-elle à d'autres rétinites toxiques, notamment à celle de l'empoisonnement chronique par le phosphore ou par la naphtaline.

Elle n'existe que dans l'urémie chronique, mais elle ne se développe pas dans toute urémie chronique. Le pourcentage est impossible à donner, disons seulement qu'elle est assez fréquente. De même que beaucoup d'autres accidents urémiques, elle est déterminée par des conditions particulières que nous ignorons, c'est-à-dire que si nous savons limiter son étiologie à l'urémie chronique, nous ne pouvons à l'heure actuelle préciser davantage. Elle peut être du reste dans certains cas le premier ou le plus évident des symptômes urémiques ; sa valeur diagnostique et pronostique devient alors de premier ordre.

Ainsi que nous l'avons dit, elle peut se présenter dans des conditions cliniques diverses qu'il importe de préciser. Voici un premier malade, brightique avéré, avec des œdèmes, des accidents urémiques divers, un état général peu satisfaisant. On n'est pas étonné d'apprendre qu'il a une rétinite, que le pronostic est grave, que le malade ne survivra pas longtemps. Mais voici un second malade qui vient consulter non le médecin, mais l'oculiste, et qui se plaint avant tout que sa vue a diminué. L'ophtalmoscope montre une rétinite caractéristique, immédiatement on examine les urines qui sont trouvées albumineuses. Presque toujours, du reste, le malade présente un bruit de galop et de l'hypertension artérielle et même de la céphalalgie et des troubles gastro-intestinaux. Mais ces derniers symptômes avaient été mis sur le compte d'une simple dyspepsie. Cependant voici un malade profondément atteint, sa rétinite en est la preuve absolue. Suivez-le, vous apprendrez que sa santé a rapidement décliné et que, presque toujours, il n'a pas survécu au-delà de quelques mois, d'une ou de deux années au plus, et qu'il a succombé avec tous les symptômes du mal de Bright.

Valeur diagnostique. — La rétinite peut donc permettre de diagnostiquer d'emblée une néphrite non encore soupçonnée. Voici un exemple frappant à ce sujet. Un confrère accompagne dans mon cabinet une jeune dame de ses clientes qui se plaignait de troubles visuels. Son embonpoint, son teint magnifique ne semblaient permettre aucun doute sur le bon état de sa santé. Aussi fûmes-nous très étonné de constater une double rétinite brightique. Les urines examinées le lendemain pour la première fois contenaient de l'albumine. J'appris plus tard que la santé en apparence si florissante de cette dame avait décliné rapidement et qu'elle avait succombé au bout de quelques mois à une néphrite dont l'étiologie est restée obscure.

Digitized by Google

Voici un autre exemple : Un malade d'environ 40 ans, vient consulter à l'Hôtel-Dieu pour un affaiblissement de la vue. Un premier examen me montre un fond d'œil d'apparence normale. Cependant en étudiant sa rétine *à l'image droite*, c'est-à-dire à un fort grossissement, j'aperçois près de l'entrée du nerf optique deux ou trois points blancs minuscules qui me paraissent être des hémorrhagies décolorées. Je pensai alors à une néphrite, diagnostic que l'état de la rétine permettait tout au plus de soupçonner. Le malade qui se sentait affaibli accepta d'entrer à l'hôpital, plusieurs examens consécutifs des urines furent négatifs, mais la rétinite s'accentua et devint caractéristique. L'état du malade empirant très rapidement, on le fit passer dans un service de médecine où j'appris qu'il avait rapidement succombé après avoir présenté enfin des flots d'albumine.

Dans ce dernier cas, la rétinite permit de soupçonner une néphrite entièrement méconnue. Mais quand les lésions rétiniennes, au lieu d'être observées à la phase initiale, sont vues à l'époque où elles dessinent une image caractéristique, elles permettent d'affirmer la néphrite alors même que l'albuminurie ferait défaut, comme cela peut avoir lieu soit au début, soit pendant certaines phases de l'affection rénale. Le Dr Gand a pu écrire une thèse intéressante sur *la rétinite brightique sans albuminurie (Th. Paris, 1887),* Il faut comprendre : la rétinite se manifestant avant que l'albumine ait apparu dans les urines; il ne s'agit pas de rétinite précédant la néphrite, fait dont il n'existe pas un seul exemple démonstratif; l'effet ne peut précéder la cause.

Le Dr Gand cite treize observations de malades atteints de rétinite brightique, et chez lesquels l'examen des urines resta négatif quant à la présence d'albumine, et cela quelquefois pendant plusieurs mois. Dans quelques-uns de ces cas le médecin traitant ne voulait pas croire à l'existence d'une néphrite, parce que l'albumine faisait défaut. Mais toujours elle est apparue tôt ou tard précédant quelquefois de peu des accidents urémiques graves et la mort du malade, montrant ainsi le bien fondé du diagnostic ophtalmoscopique.

Ainsi la rétinite peut mettre sur la voie du diagnostic, soit parce qu'elle est le premier symptôme important qui attire l'attention du malade et détermine l'examen des urines qui sont trouvées albumineuses, soit parce que, malgré l'absence d'albumine, elle permet à elle seule d'affirmer la néphrite ainsi que constamment l'événement vient le démontrer.

Valeur pronostique. — Les statistiques (V. notamment Trousseau *Annales d'Ocul. 1896*), ont montré :

1° Que la mortalité est deux fois plus grande (dans l'espace de 12 à 15 mois) chez les brightiques atteints de rétinite que chez les brightiques sans rétinite.

2° Que les trois quarts environ des malades atteints de rétinite meurent avant la fin de la deuxième année, à compter du début de l'affection oculaire.

3° La mortalité est un peu plus faible chez les femmes que chez les hommes, et dans la clientèle privée que dans la clientèle hospitalisée. Ce bénéfice est évidemment dû à une meilleure hygiène, et à moins d'imprudences commises.

Mais ces statistiques indiquent également que quelques malades peuvent survivre plus longtemps et même guérir. Ces guérisons, très rares dans la plupart des formes de néphrites, sont beaucoup plus fréquentes dans la *néphrite gravidique* dont l'étude est des plus instructives au sujet de l'affection qui nous occupe.

L'évolution de la néphrite gravidique et de la rétinite qui peut l'accompagner, éclaire d'une façon toute spéciale les rapports de cause à effet qui lient l'affection oculaire à l'affection des reins. Nous parlons ici de la néphrite qui se manifeste surtout chez les primipares et dans la deuxième moitié de la grossesse, et dont la principale caractéristique est de guérir complètement après l'accouchement naturel ou provoqué. Comme toute néphrite intense elle se complique, dans un certain nombre de cas, de la rétinite caractéristique. Si la néphrite guérit par l'accouchement, la rétinite guérit également. Cela ne veut pas dire que toute lésion ophtalmoscopique disparaisse, ni que l'acuité visuelle redevienne normale dans tous les cas. Il peut en effet rester, suivant la durée et l'intensité de l'affection, des cicatrices rétiniennes diverses dont l'acuité visuelle souffre plus ou moins. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la guérison de la néphrite entraîne l'arrêt, et dans la mesure du possible, la régression des lésions rétiniennes. La rétinite guérit comme une lésion d'intoxication quelconque quand le poison cesse d'agir. C'est ce qui permet d'affirmer que la rétinite a bien pour cause la maladie des reins et que ses lésions sont très probablement d'ordre toxique.

Cette évolution, fréquente dans la rétinite gravidique, peut également s'observer au cours d'autres néphrites qui guérissent ou s'améliorent suffisamment pour laisser rétrocéder la rétinite. Nous en avons récemment cité un exemple survenu chez un homme de 32 ans (1). Cela suffit à prouver que la rétinite gravidique n'a pas une évolution spéciale, que dans les autres formes de néphrite la guérison de la rétinite peut également survenir, mais avec la rareté même qui caractérise la guérison des affections rénales chroniques.

Traitement. — Sauf dans le cas de néphrite gra-

(1) Soc. franç. d'ophtalmologie, mais 1901.

Digitized by Google

vidique la présence d'une rétinite ne donne pas d'indications spéciales au point de vue du traitement. Il n'y a pas de traitement oculaire, il faut soigner l'affection causale, faire de la thérapeutique purement pathogénique. Cependant la rétinite, en tant que signe de gravité, commande d'être particulièrement attentif au sujet du régime diététique et de l'hygiène, La survie plus fréquente et plus longue chez les gens des classes aisées atteints de néphrite avec rétinite, que chez les malades d'hôpital cliniquement équivalents, montre que l'observation des mesures hygiéniques, le régime, le traitement, etc., ne sont sûrement pas sans influence sur l'évolution de l'affection rénale.

Mais dans la néphrite gravidique, la présence d'une rétinite peut créer en bien des cas des indications spéciales. Si elle éclate dans les premiers mois de la grossesse, Silex (1) est d'avis qu'il faut provoquer l'avortement. Il s'agit probablement en pareil cas d'une néphrite antérieure aggravée par la grossesse et qui s'aggravera encore au cours de celle-ci. La mère y risque sa *vue* (à cause de la longue période de rétinite qu'elle a à traverser) et même sa *vie*; de plus il y a bien peu de chances pour que l'accouchement donne un enfant viable.

Si au contraire la rétinite ne se manifeste que dans les six à sept dernières semaines de la grossesse, il ne faudrait pas intervenir, d'après Randolph (2) parce que la rétinite, qui généralement cesse avec la grossesse, devant avoir peu de durée, respectera l'acuité visuelle. Nous verrons du reste que le pronostic, même dans ces conditions, n'est pas toujours aussi favorable pour la vue.

Mais dans la période intermédiaire la conduite à tenir peut être très délicate. Que faire en présence d'une rétinite au cinquième ou sixième mois, dont la longue durée menace la *vue* de la mère tandis que d'un autre côté on ne pourra obtenir, à cette période de la grossesse, un nouveau-né viable? C'est là une question que nous ne pouvons que soumettre aux accoucheurs, notre rôle étant surtout de leur fournir tous les renseignements d'ordre ophtalmologique, à savoir : l'accouchement provoqué dès le début de la rétinite, donne généralement une vision intacte, mais plus la durée de la rétinite a été longue, plus la vision reste généralement défectueuse à cause des lésions cicatricielles que laisse, après guérison, l'affection oculaire. C'est ainsi que sur seize femmes atteintes de rétinite pendant le septième mois, ou au début du huitième, les unes ayant terminé leur grossesse, les autres accouchées prématurément, Silex a trouvé que l'acuité visuelle était : pour 6 malades de plus de 1/2, pour 2 malades de 1/3 à 1/4, pour 1 malade de 1/5, pour 2 malades de 1/12 à 1/18, et enfin pour 5 malades de 1/100e seulement. En somme cinq cas équivalent à la cécité, deux cas ne permettant plus les travaux du ménage et trois cas de vue vraiment affaiblie, tel est le bilan de seize cas de rétinite survenues pendant les quatre à sept dernières semaines de la grossesse. Il ne faut donc pas accepter aveuglément la bénignité du pronostic des rétinites gravidiques même tardives (3).

(1) Silex, *Münch. med. Woch.* et *Berl. klin. Woch.*, *1895*.

(2) Randolph, *Bull. of the John Hopkins Hosp.* V, 1895.

(3) V. à ce sujet de Lapersonne : de l'intervention dans la rétinite gravidique. *Arch. d'opht.*, *1888*.

HYGIÈNE

La suppression du mouchoir de linge pour la prophylaxie des maladies contagieuses.

Vers la fin du XVIIIe siècle, à Paris, « les fosses d'aisances n'existaient pas, il fallait bien y suppléer et les rues en tenaient lieu. Pas un endroit de la ville qui n'exhalât une odeur affreuse et où l'on pût marcher avec sécurité. Les carrefours, les alentours des églises étaient bordés de puantes déjections. Dans les grands établissements, au Palais de Justice, par exemple, on en rencontrait dans tous les coins; le Louvre lui-même présentait un spectacle repoussant : dans les cours, sur les escaliers, sur les balcons, derrière les portes, les visiteurs se mettaient à leur aise, sans que les hôtes du palais parussent s'en soucier. Tout s'y faisait au grand jour, et l'on ne cherchait pas à dissimuler... Il en était de même dans les châteaux de Saint-Germain, de Vincennes, de Fontainebleau...

« La malpropreté était alors si générale, qu'évidemment le public ne souffrait point d'un état de choses qui le révolterait aujourd'hui. »

Il est certain que depuis cette époque, dont M. Franklin nous donne le repoussant tableau, d'immenses progrès ont été réalisés, surtout en ce qui concerne l'hygiène publique. Pour ce qui est de l'hygiène privée, bien des efforts ont été tentés, mais on se heurte à une mauvaise volonté, une incurie, et ce qui est plus difficile à vaincre, à une inertie inconcevable. Cependant, depuis que la nature microbienne de certaines maladies a été admise par l'universabilité des médecins, depuis surtout que, par la presse, s'est faite la diffusion des idées bactériennes, le public commence à comprendre que les mesures hygiéniques qui lui sont recommandées n'ont pour but que le soin, la préservation de sa santé.

Il est des maladies dont on peut facilement se préserver, qui sont évitables moyennant certaines me-

Digitized by Google

sures hygiéniques des plus simples, cela est reconnu et admis. Pour toutes ces maladies, le premier principe est d'éviter la diffusion des germes.

Au Congrès d'hygiène de 1900, le Dr Th. Guyot a indiqué un moyen de propagation, qu'il serait facile d'éviter. Voici un résumé des parties essentielles de son intéressante communication :

Pour certaines maladies transmissibles, particulièrement pour celles dont les germes sont contenus dans les sécrétions de la bouche, du nez, des yeux, le mouchoir contenant les sécrétions peut devenir un agent de contage. Le professeur Brouardel (1), dans une conférence faite à Nancy, disait : « Il ne faut pas que le tuberculeux crache dans son mouchoir, car ce mouchoir souillé pourra, dans certaines conditions, devenir l'agent de contage. Du reste, on a souvent remarqué que les blanchisseuses sont souvent atteintes de tuberculose, et que, dans les villes d'eaux où les tuberculeux viennent chercher une amélioration, plus ou moins passagère, des foyers de tuberculose se sont développés ayant le plus souvent comme point de départ parmi les personnes chargées du nettoyage des linges souillés. »

Ce moyen de contagion n'est pas exclusivement réservé à la tuberculose : la grippe, la diphterie, les pneumonies, les bronchites, les conjonctivites, la rougeole, la scarlatine peuvent également se transmettre par l'intermédiaire du mouchoir,

« Quel médecin, dit-il, n'a pas vu en faisant enlever les oreillers des malades pour les ausculter ces linges remplis d'expectorations sur toutes les faces, traînant dans la literie, sous les traversins, sur les tables de nuit qu'ils souillent parfois de façon révoltante, constituant ainsi un grave danger pour l'entourage ?... J'ai vu un jour, chez un tuberculeux, le mouchoir rempli de crachats de ce malheureux placé sur la table de la salle à manger, à côté du pain qui allait servir au repas de la famille. »

Atteints ou non d'affections transmissibles, nous avons tous dans nos poches, collectés dans ces petits carrés de toile plus ou moins souillés ou infectés en contact avec d'autres objets d'usage courant qui deviendront autant de modes de transmission inattendus.

Somme toute le mouchoir, dit instrument d'hygiène, est un accessoire anti-hygiénique entre tous.

L'asepsie chirurgicale est aujourd'hui admise et pratiquée par tous. Le chirurgien a supprimé tous les véhicules des infections, en particulier, l'éponge qu'il a remplacée par des tampons d'ouate, des compresses stérilisées; les résultats ont été merveilleux. Ne pouvons-nous pas espérer arriver, en faisant l'éducation des malades aussi bien que des bien portants, à réaliser une *asepsie médicale* en tous points comparable à l'asepsie chirurgicale et dont les résultats ne seront pas moindres.

Supprimons le mouchoir. Par quoi le remplacer? — Les *crachoirs fixes*, élevés sur un pied, à 1 mètre environ au-dessus du sol, à demi remplis de liquide antiseptique présentent un sérieux progrès sur les crachoirs anciens, remplis de sciure. Cependant, si on y crache plus aisément, la vue des crachats nageant dans un liquide diversement coloré, n'a rien de ragoûtant; d'autre part, si on couvre le crachoir d'une sorte d'entonnoir, les crachats visqueux se dessèchent avant leur chute dans le liquide qui doit les maintenir en état constant d'humidité.

D'autre part, ces crachoirs fixes ne sont guère pratiques que dans les endroits fermés. à cause des débordements que pourraient occasionner le vent ou la pluie.

Les *crachoirs portatifs* présentent un sérieux progrès, mais ils obligent le malade à des opérations de nettoyages et de désinfections répugnantes.

Du reste, les médecins qui exercent dans les villes où les tuberculeux se rendent l'hiver ou dans les sanatoriums ont signalé ces inconvénients.

« Ces besognes de stérilisation. dit le Dr Chuquet (de Cannes), sont désagréables et un des principaux obstacles à la généralisation du crachoir de poche... Dans la famille, le nettoyage des crachoirs est considéré comme une corvée ».

Le Dr Armaingaud (de Bordeaux) a fait les mêmes constatations : « Chez le tuberculeux qui vit chez lui, dans sa famille, on n'obtient à peu près jamais l'emploi du crachoir de poche... Enfin les rarissimes malades qui en usent, y renoncent rapidement, en déclarent l'usage répugnant pour l'entourage et reviennent à l'usage du mouchoir. »

D'autre part, une des raisons principales de la répugnance du tuberculeux à faire usage du crachoir individuel, c'est le désir de ne se pas faire remarquer, il ne faudrait pas que le crachoir « soit la marque des phtisiques, comme l'étiquette rouge que le pharmacien met sur les substances vénéneuses ».

Les *mouchoirs en papier* semblent au Dr Guyot le moyen le plus simple de résoudre la question.

Les avantages du mouchoir de papier sont les suivants : suppression du blanchissage, puisque le mouchoir ayant servi sera aussitôt brûlé, suppression de la désinfection journalière, si difficilement acceptée pour le crachoir de poche, puisqu'elle s'opérera par la combustion même. De plus, le mouchoir mis au contact même de l'orifice expulsant, évitera la projection du crachat ou de particules de salive à côté du récipient destiné à les collecter.

Que devra être le mouchoir de papier? — Destiné à servir à tous, sa première qualité devra être le bon

1. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1900.

Digitized by Google

marché. Il sera : *souple* et légèrement crêpé de manière à permettre un essuyage suffisant sans frottements désagréables ; *imperméable*, au moins pour le temps nécessaire entre le moment de l'usage et le moment de la destination ; de *couleur voyante*, pour que si par mégarde il est projeté dans un lieu public sa coloration attire l'attention ; *antiseptique*, pour atténuer la virulence des germes en attendant leur destruction complète. Leur *dimension* devra être suffisante, environ 12 centimètres, sur chaqne côté, enfin leur *paquetage* devra être commode.

Que faire du mouchoir qui a déjà servi? — A la maison, il pourra être facilement détruit, il n'en sera pas de même au cours d'une promenade, ou lorsque l'on se trouve hors de son domicile pour ses plaisirs ou ses occupations. Le Dr Guyot propose pour collecter les mouchoirs un appareil, qui aurait l'avantage de n'être pas choquant pour le regard et pourrait être placé dans les rues et les endroits où séjourne le public (cafés, théâtres, magasins, bureaux, ministères, etc.). Il en donne la description suivante :

C'est une « simple boîte cylindrique de 15 à 20 centimètres de diamètre sur 30 centimètres de haut. placé sur un pied, de manière à ce que l'ouverture par laquelle on projettera dans le récipient le mouchoir ayant servi soit accessible sans qu'on ait à se baisser. Sur le pied se rattacherait une tige portant un distributeur qui porterait les indications nécessaires au maniement de l'appareil, par exemple : « Tirer un mouchoir pour cracher ou se moucher ; fermer en réunissant et en tordant les quatre pointes, jeter à la boîte. »

Le mouchoir séjournant dans le récipient étant imprégné d'humidité pourrait soit se crever, soit laisser filtrer des sécrétions qui souilleraient les parois ; pour remédier à cet inconvénient, l'intérieur de la boîte pourrait être tapissé d'un sac de même forme, en papier résistant, imperméable et même paraffiné. On enlèverait le sac et son contenu et on remplacerait par un sac neuf.

Pour éviter que les mouches, qui, parfois. ainsi que l'ont démontré MM. Spillmann et Haushalter. sont les véhicules du bacille tuberculeux, ne pénètrent dans le récipient par l'ouverture destinée au passage des mouchoirs usés, on pourrait enduire la paroi du sac de naphtaline.

Il est bien évident que du jour au lendemain, on ne parviendra pas à adopter les mesures prophylactiques proposées par le Dr Guyot, il faudra que se fasse l'éducation du public. « Mais si, d'une part, les classes dirigeantes qui donnent le ton et font la mode, cet agent si puissant de vulgarisation, si d'autre part les pouvoirs publics, eux aussi, veulent bien se pénétrer de la nécessité de changer les procédés actuels, on peut espérer que dans un temps relativement court, on obtiendra des résultats appréciables et des plus heureux pour la santé publique.

« Commençons donc, nous, médecins, à donner le bon exemple et que la Faculté de médecine fasse installer chez elle, dans la bibliothèque, les vestibules. les salles de cours ou d'examen, des appareils comprenant à la fois le distributeur de mouchoirs en papier et la case-mouchoirs, au lieu des crachoirs à sable qu'on y voit comme de véritables anachronismes ».

Espérons que l'appel du Dr Guyot sera entendu et que grâce à ce mode de prophylaxie simple et ingénieux, employé conjointement avec d'autres mesures. nous verrons rapidement décroître le nombre des maladies transmissibles. — P. R.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Névrite rhumatismale du nerf saphène péronier. — Le docteur Propper de Sérajevo a pu observer plusieurs fois des névrites du nerf saphène péronier. Comme on sait, ce nerf est une branche co-latérale du sciatique poplité externe. Il naît dans le creux du jarret, se porte verticalement en bas, au-dessous de l'aponévrose fémorale, entre le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne, traverse l'aponévrose jambière à la partie moyenne de la jambe pour joindre la veine saphène externe ; il longe avec elle le tendon d'Achille et se termine sur le côté externe du calcanéum. Ce nerf a été trouvé malade quatre fois, trois fois chez des gendarmes, une fois chez un ouvrier qui avait travaillé pendant six mois dans un tunnel humide. Le nerf, qui échappe d'habitude à la palpation, se sentait comme un cordon de l'épaisseur d'une plume de corbeau, et présentait des renflements en chapelet comme on les trouve dans la névrite lépreuse. La palpation était douloureuse. Chez un malade, on notait une anesthésie dans son territoire. Ces hommes se plaignaient de douleurs sourdes dans la jambe, exaltées par la marche. Elles duraient de six mois à deux ans. Tantôt la maladie était unilatérale. tantôt bilatérale. On ne trouva ni syphilis, ni alcoolisme dans les antécédents des malades. Eux-mêmes voyaient l'origine de leur mal dans l'humidité à laquelle leur profession les exposait. (*Wiener Klin. Rundschau*). On peut considérer ce syndrome comme une névrite d'origine rhumatismale, analogue à celle du nerf facial observée par Henschen et de Meyer. Il est vrai qu'un des malades présentait une exagération des réflexes qui aurait pu faire croire à une lésion de la moëlle ; mais Strumpell et Möbius, Remak et d'autres ont déjà noté cette exagération dans des névrites périphériques. — Bd.

Pilules toniques :

Phosphate ferreux..... ..	0 gr. 10
Extrait de quinquina.....	0 — 05
Extrait de rhubarbe.....	0 — 025
Arséniate de soude.....	0 — 001

Pour une pilule, 60 semblables ; deux par jour. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Rein mobile, pathogénie et indications opératoires

M. Chevalier consacre la première partie de son rapport à l'étude de l'anatomie normale et pathologique du rein mobile, puis il passe en revue les différentes causes invoquées dans la pathogénie de cette affection, et arrive à cette conclusion, qu'au point de vue pathogénique les diverses causes énumérées : sexe, âge, grossesse, amaigrissement, maladies de l'utérus et de ses annexes, du tube digestif et des organes abdominaux, action du corset, des efforts, des traumatismes, sont insuffisantes à expliquer la production du rein mobile, si l'on ne tient pas compte des conditions anatomiques que crée une sorte de prédisposition congénitale ; avec celle-ci l'action de ces causes apparaît plus évidente.

La seconde partie, plus intéressante au point de vue pratique, est consacrée à l'étude des indications opératoires. L'auteur, après avoir fait l'historique des interventions chirurgicales dans le rein mobile, précise les indications et contre-indications de ces interventions dans les diverses formes du rein mobile simple ou compliqué.

Indications opératoires suivant les formes du rein mobile. — Le rein mobile est souvent silencieux et ne provoque aucun accident : par hasard, à l'occasion d'une exploration abdominale, on en fait la découverte : la malade n'en a jamais souffert. Il est inutile de traiter cet état qui ne donne aucune gêne.

Les reins mobiles qui forcent les malades à consulter le médecin se traduisent par divers symptômes qui les ont fait classer pour la commodité de la description, en trois catégories d'après la prédominance des symptômes : *a*) reins mobiles douloureux, les plus fréquents ; *b*) reins mobiles névropathiques ou neurasthéniques ; *c*) reins mobiles dyspeptiques.

Ces trois ordres de symptômes : douleurs, troubles nerveux, troubles digestifs, sont souvent associés, mais l'un d'eux prédomine souvent assez pour qu'il soit légitime de conserver cette division.

On divise encore pour les indications opératoires les reins mobiles en reins mobiles simples, dans lesquels la douleur ou les accidents sont purement rénaux ou s'accompagnent de troubles insignifiants des autres organes, et en reins mobiles compliqués, où des troubles d'autres organes, particulièrement de l'appareil digestif (splanchnoptoses, etc.) et aussi du système nerveux compliquent le tableau et n'y laissent plus au rein mobile lui-même qu'une place restreinte, ces derniers sont très rarement opérés.

1° *Forme dyspeptique.* — Les troubles digestifs du rein mobile peuvent être de trois variétés (Albarran).

A. Des troubles purement mécaniques, rares, comme l'obstruction intestinale par compression provoquée par le rein (Kide, Gilford), l'ictère apparaissant avec la néphroptose et disparaissant avec elle (Hale, White, Albarran), la lithiase biliaire par compression du cholédoque (Cordier), peut être simple coïncidence (Reymond) enfin la compression ou le tiraillement du duodénum avec dilatation de l'estomac. L'obstruction et l'ictère sont des indications opératoires précises ; si le diagnostic de la cause a été posé, on fera la néphropexie, sinon on fera d'abord la laparotomie pour lever l'obstacle, et ultérieurement la fixation du rein.

B. Des troubles nerveux de l'appareil digestif, très fréquents : dyspepsie atonique, constipation, dilatation de l'estomac par atonie réflexe, gastralgie hyperchlorhydrie, vomissements.

C. Des troubles dus à l'entéroptose concomitante. Dans cette forme que Glénard a surtout étudiée, le tableau de l'entéroptose est au complet : le rein mobile n'y a qu'une place peu importante. La néphroptose n'est qu'un épiphénomène de l'entéroptose. C'est ici l'un des types les plus nets du rein mobile compliqué dans lequel l'intervention chirurgicale sur le rein est généralement rejetée.

Même dans ces formes, il faut pourtant distinguer un certain nombre de cas où un examen prolongé permet de reconnaître que la néphroptose a une part propre dans la genèse ou l'entretien des accidents. Bazy a montré, dans son mémoire sur la cachexie néphroptosique, que dans quelques cas l'opération était utile : la guérison ne se produit pas immédiatement après l'opération, elle tarde même au point de laisser croire à un échec, mais les observations de Bazy montrent que cette guérison se produit néanmoins. Des opérations pratiquées pour remédier à une ptose digestive ont pu aussi améliorer des reins mobiles, comme Bazy l'a fait dans un cas de rein mobile compliqué d'un grand prolapsus du rectum qu'il guérit par la rectococcypexie.

D'une façon générale, les troubles digestifs sont moins souvent que la douleur guéris par une opération : il ne faut se résoudre à celle-ci qu'après échec du traitement orthopédique, et qu'après avoir reconnu que le traitement médical de la dyspepsie, aidé de la ceinture de Glénard ou de Guyon n'a pas donné de résultats ; s'il semble bien prouvé que le

Digitized by Google

déplacement du rein provoque ou exagère une partie des symptômes, on pourra faire la néphropexie, en ne négligeant pas de faire continuer ultérieurement le traitement médical de la dyspepsie et le port de la ceinture de Glénard. Celle ci ne s'adresse qu'à la dislocation générale de l'abdomen ; elle ne vise pas spécialement le déplacement du rein et remédie surtout à l'entéroptose.

2° *Forme neurasthénique.* — C'est la plus mauvaise forme au point de vue des résultats opératoires. La néphropexie donne à peu près la moitié d'insuccès avec 50 °/o de guérison, 36 °/0 d'échecs complets, 14 °/o d'amélioration simple.

A. Les accidents sont du *nervosisme* : irritabilité, névralgies, palpitation, qu'on peut souvent confondre avec ceux des affections de l'appareil génital interne : il faudra explorer l'utérus et les annexes avant de conclure au rôle de la néphroptose.

B. Les accidents nerveux peuvent être plus graves et prendre les allures de la *neurasthénie* et de l'*hystérie*. Au milieu des stigmates de la neurasthénie et de l'hystérie, on peut méconnaître un rein mobile et son rôle pathogénique. Potain et Bychoffski ont montré que l'hystérie peut se développer à la suite de coliques néphrétiques ; beaucoup des accidents du rein mobile ne sont que l'expression d'une colique néphrétique par obstacle à l'écoulement de l'urine dans l'uretère. Albarran croit, en outre, que les crises du rein mobile jouent le rôle de traumatismes internes provoquant des accidents d'hystéro-traumatisme. Il ne faut pas perdre de vue que ces accidents ont besoin d'un terrain prédisposé pour éclater ; la conception d'Albarran, qui fait du rein mobile un stigmate de dégénérescence dans un grand nombre de cas, s'accorde bien avec la théorie de la Salpétrière sur l'hystéro-traumatisme.

Il faut distinguer deux catégories. Dans l'une, les accidents nerveux sont antérieurs au rein mobile, mais ils s'aggravent du fait de la néphroptose ; dans l'autre, ils sont consécutifs au déplacement rénal (Schiffer, Marfan, Albarran).

Les résultats opératoires sont incertains, comme dans l'hystéro-traumatisme sont variables les suites d'un accident : la névrose pouvant disparaître avec sa cause occasionnelle, comme elle peut persister après elle et à cet égard on est à peu près dans l'inconnu. Smith, cité par Brodeur (1886), relate une observation intéressante à ce point de vue : il s'agit d'une femme atteinte d'ectopie rénale, et qu'on dut enfermer deux ans dans un asile d'aliénés; on essaya en vain de fixer son rein par le passage d'un séton, et on la guérit complètement de ses troubles nerveux par la néphrectomie.

L'acte opératoire peut encore être nuisible à ces malades et devenir la cause immédiate d'accidents graves du système nerveux ; la question des psychoses post-opératoires, que Picqué a si bien étudiées, nous les explique en partie.

Il convient donc, dans les formes neurasthéniques du rein mobile, de chercher à traiter la malade par les moyens médicaux et orthopédiques, avec patience et persévérance, de n'opérer qu'en cas d'échec et de faire les réserves les plus expresses sur les résultats curatifs.

3° *Forme douloureuse.* — La forme douloureuse du rein mobile, quand elle s'accompagne de peu de troubles digestifs et nerveux est la plus satisfaisante au point de vue chirurgical.

La douleur, symptôme le plus fréquent du rein mobile, varie depuis une simple gêne jusqu'à une douleur permanente et violente obligeant le malade à garder le repos au lit : elle s'explique bien par la mobilité du rein, malgré qu'il n'y ait aucune relation entre le degré de mobilité du rein et la richesse des symptômes accusés par les malades (Guyon). Cette douleur se produit à l'occasion d'un changement de position, d'un effort, d'une fatigue.

Le tiraillement des plexus nerveux du rein et par contre-coup des plexus voisins peut l'expliquer. mais il s'ajoute fréquemment des crises douloureuses variables d'intensité et de durée, depuis la colique néphrétique jusqu'à l'étranglement rénal, avec tout son cortège alarmant qui peut même conduire à la mort (Cordier); ce sont encore les crises douloureuses de l'hydronéphrose intermittente.

La néphropexie dans ces formes douloureuses donne jusqu'à 88 0/0 de guérisons : elle supprime nettement la mobilité du rein et la douleur qui en dépendait.

Il faut d'abord bien localiser au rein la douleur, et par un diagnostic précis en écarter les autres causes : névralgie, coliques hépatiques, maladies du tube digestif, du système nerveux. L'exploration du rein par les procédés de Guyon, Glénard, Israël, aidée au besoin de la phonendoscopie, éliminera le lobe flottant du foie, l'hépatoptose, la splénoptose, les affections de la vésicule biliaire, les kystes hydatiques du foie, les kystes de l'ovaire, les tumeurs du pancréas et du mésentère.

On écartera les autres affections douloureuses du rein, la lithiase surtout, qui peut, elle aussi, provoquer des crises d'hydronéphrose intermittente ; les commémoratifs et la constatation directe de la lithiase feront le diagnostic.

La mobilité du rein ne sera pas, en elle-même, une indication opératoire ; on sait qu'elle n'a pas de rapports immédiats avec les symptômes. Neumann conseillait d'opérer tous les reins à grands déplacements, or un bon nombre de reins très mobiles sont

Digitized by Google

ndolores, tandis que des reins peu mobiles sont rès douloureux, comme le sont les petits déplacements partiels du rein.

Il faut encore éliminer toutes les causes générales le douleurs (neurasthénie et hystérie) comme chez es grandes douloureuses (Guyon), où tout l'organisme est douloureux plus que le rein.

Le changement d'attitude, la station verticale, la narche, l'effort, la fatigue, provoquent la douleur u les crises douloureuses, que calment au contraire, e repos, surtout le repos au lit dans des attitudes ue le malade connaît mieux que personne, aidant la réduction spontanée ou manuelle, sans parler es crises nettes d'hydronéphrose intermittente. ans ces conditions, la néphropose semble bien la ause efficiente des douleurs ; l'opportunité de l'opération peut se discuter.

Ses résultats sont favorables ; là-dessus, tous les uteurs sont d'accord. Mais le but qu'on cherche par i néphrorrhaphie, c'est-à-dire l'immobilisation du ein, ne peut-il pas être obtenu à moins de frais ? ans parler du massage, le traitement orthopédique it souvent mis en parallèle avec le traitement chirurgical. Les ceintures s'adressent directement ou idirectement au rein. Les unes (bandages de Leiter, e Guyon) sont de vrais bandages herniaires ; les utres, ceintures avec pelote de Glénard, pelote sous corset, sont plus simples, elles tendent toutes à ontenir le rein après sa réduction.

Les auteurs conseillent presque tous d'essayer le aitement orthopédique avant d'en arriver à l'opération. Albarran va plus loin : même lorsque le bange réussit à fixer le rein, il expose au malade la uation que lui crée le port d'une ceinture à vie et avantages que lui donnera la néphropexie. Il se mporte comme dans la cure radicale des hernies, sauf les contre-indications tenant à l'état du tube estif, du système nerveux, à l'état général, ou à incidents particuliers, il propose la cure radicale la néphrotose, surtout dans la forme douloureuse, ssant d'ailleurs le malade libre de choisir luime entre le port continuel d'une ceinture ou pération.

La néphropexie, en effet, n'est pas une opération ve ; mieux encore que les statistiques globales, le nontrent les statistiques personnelles des chigiens qui ont la grande habitude de cette opération. Les statistiques de Tuffier, Albarran, Rochet, ont amenés à une mortalité de 1 à 3 0/0, que l'on t réduire à 1 0/0 si on enlève les causes de mort épendantes de l'opération, et à une proportion ndre encore si on retranche les accidents infecx qui auraient pu être évités. Tuffier, Albarran, at d'ailleurs observé aucune mort dans les longues es de leurs dernières opérations. La néphropexie est une opération bénigne, est facile à exécuter, avec le procédé en échelon de Guyon, celui en hamac de Bazy, celui de Tuffier, ou celui d'Albarran.

Mais le rein mobile est il une affection aussi grave que semble le dire Albarran ? Schilling a bien noté 14 0/0 d'albuminurie ; cette proportion paraîtra excessive, si l'on tient compte de la grande fréquence des reins mobiles à peu près silencieux ; l'hématurie qui, par sa répétition devient une indication opératoire précise, est rare, les complications d'étranglement rénal et d'hydronéphrose intermittente sont plus fréquentes, mais, si elles donnent lieu à des indications précises, il conviendra peut être d'attendre leur apparition, pour décider, sans discussion cette fois, une opération.

De sorte que dans le rein mobile douloureux ne s'accompagnant pas de complications spéciales, je me rangerai à l'avis de la majorité des chirurgiens qui préfèrent essayer du traitement orthopédique et si ce traitement réussit, conseillent de s'abstenir d'une opération.

Il faut encore tenir compte de l'état social des malades : s'il s'agit d'hommes ou de femmes exposés à des travaux pénibles, ayant de grandes manifestations douloureuses, l'opération sera préférable ; s'il s'agit au contraire de personnes pouvant se ménager, le bandage sera le plus souvent suffisant.

En cas d'échec du bandage ou de la ceinture, la néphropexie reprend tous ses droits.

4° *Reins mobiles avec complications portant sur le rein lui-même.* — Lorsque le rein mobile s'accompagne de symptômes nouveaux, hématurie, pyurie, des indications plus précises se présentent.

L'hématurie, rare il est vrai, a été guérie par la néphropexie, cas de Guyon, Neumann, Israël, Albarran, Pasteau.

La pyélonéphrite et la pyonéphrose peuvent devenir une indication opératoire, mais leur traitement est le même que dans les cas où le rein n'est pas mobile. Les complications qui donnent les indications opératoires les plus nettes sont l'étranglement rénal et l'hydronéphrose intermittente.

Les dégénérescences du rein (tumeurs), la lithiase du rein, seront traitées comme elles le seraient si le rein n'était pas mobile. *(A suivre.)*

CLINIQUE MÉDICALE

La tachycardie des tuberculeux. — La tachycardie est un symptôme fréquent chez les tuberculeux. Non-seulement elle apparaît à la faveur de la cachexie, mais elle peut se montrer aussi dès le début de l'infection, avant l'apparition d'aucun signe pulmonaire. M. Huchard a insisté sur ces formes de

Digitized by Google

tuberculose à début tachycardique ; M. Faisans les a minutieusement décrites et a montré les dangers auxquels elles exposent les malades.

Dans quelques cas la cause de la tachycardie peut être reconnue : c'est, par exemple, une compression du pneumogastrique par des ganglions trachéobronchiques, une myocardite tuberculeuse, l'asystolie terminale des sujets atteints de phtisie fibreuse, la dilatation cardiaque liée aux troubles dyspeptiques du début de la tuberculose, une infiltration du corps thyroïde par des granulations tuberculeuses, ou encore la fièvre. Mais il est d'autres cas où la cause de ce symptôme est impossible à découvrir.

M. Platey (*Thér. Paris 1901*) a repris récemment l'étude de cette tachycardie,

Elle est précoce, modérée (80 à 100 pulsations par minute) ; elle se montre souvent quand les sujets sont au repos, étendus horizontalement ; elle existe presque toujours quand ils sont debout, surtout s'ils exécutent quelques mouvements. Le pouls est remarquablement instable, contrairement à l'opinion de Wells et de Papillon. Toutes sortes de causes qui, chez des sujets sains, provoquent à peine une accélération du pouls, comme le repos, la marche, les émotions, l'usage du tabac, et même le travail cérébral ou le simple fait de se retourner dans le lit, causent chez les tuberculeux des accès de tachycardie durable.

L'instabilité du pouls est en rapport, ainsi que M. Huchard l'a montré, avec l'hypotension artérielle que l'on observe fréquemment chez les tuberculeux au début.

La tachycardie précoce des tuberculeux constitue un élément important en vue du diagnostic qu'elle facilite et du pronostic qu'elle rend plus sévère.

La tachycardie des tuberculeux ne peut être traitée qu'autant que sa cause est connue. C'est en s'adressant à la myocardite, en fortifiant le cœur, en modérant l'excitabilité du système nerveux, en calmant la toux qu'on peut essayer d'agir. Mais les moyens thérapeutiques sont en général peu efficaces.

Ce dont il faut surtout bien se souvenir, c'est que la tachycardie indique souvent une forme érethique de la tuberculose, et que, par suite, il faut se garder d'une thérapeutique active (creosote, tanin, etc.), qui exposerait à des désastres, à une marche suraiguë avec poussées granuliques ou broncho-pneumoniques, à des hémoptysies.

C'est la tachycardie qui règle l'exercice permis aux tuberculeux ; au-dessous de 100 pulsations, on peut permettre quelques déplacements ; au-dessus de 100 pulsations, l'immobilité est de rigueur.

La tachycardie ne contre-indique pas la cure d'air ; mais elle lui impose des limites : les climats les plus favorables sont ceux dont la température est régulière et douce ; on doit même éviter l'exposition directe au soleil. — E. L. M.

La paralysie faciale dans le zona. — Le zona essentiel, la fièvre zoster des anciens, est, d'après M. Landouzy « une détermination sur le système nerveux d'une maladie générale ayant pour manifestation apparente une éruption vésiculeuse. M. Gaudu (*Th. de Paris 1901*), voit, dans les rapports de la paralysie faciale avec le zona, une nouvelle preuve de l'origine infectieuse de celui-ci.

Les cas de paralysie faciale coïncidant avec un zona vrai sont encore peu nombreux, surtout si l'on a soin d'éliminer les cas d'herpès survenant au cours d'une paralysie faciale traumatique ou d'autre origine. Le zona originel ne siège pas forcément à la face : dans un tiers des cas, il siège en une autre partie du corps. La paralysie faciale apparaît en général dans les huit jours qui suivent le début de l'éruption vésiculeuse : elle peut être partielle ou totale ; généralement, elle siège du côté correspondant au zona. La guérison est la règle, après une durée minimum de quatre jours, et maximum de quatre mois.

Pour M. Gaudu, comme pour MM. Klippel et Aynaud, le zona étant une infection à détermination nerveuse, la paralysie faciale est une détermination nerveuse motrice, surajoutée à la détermination nerveuse habituelle sensitive et trophique : la paralysie faciale n'est plus alors une complication du zona, c'est le zona lui-même en action sur des nerfs différents ou sur leurs centres. — B. H.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le bain froid. — Personne aujourd'hui ne songe à contester l'efficacité des bains froids en thérapeutique. Et pourtant, cette méthode rencontre encore un obstacle contre lequel les praticiens ont chaque jour à lutter : c'est la peur du froid, préjugé dangereux, mais séculaire et vivace. Désireux de montrer une fois de plus l'excellence de la balnéation froide, le Dr Benilli (*Thèse de Paris*, 1901) rappelle ses excellents effets dans la plupart des pyrexies, et étudie spécialement son application dans les fièvres paludéennes.

Giannini, le premier (1805), de qui la méthode est presque semblable à ce que devait être la méthode de Brand, arrêtait net, avec des bains froids, les accès de fièvre palustre, même pernicieux.

Il convient d'user, en pareil cas, du bain froid pour faire avorter l'accès, et de la quinine pour prévenir les accès suivants. On évite ainsi ces séries

Digitized by Google

d'accès intermittents, qui épuisent tellement les malades.

Dans la dothiénentérie, il n'y a, à la balnéation froide, que peu de contre-indications ; les hémorragies intestinales elles mêmes n'en sont pas une, lorsque leur abondance est faible, et quand on met le malade au bain en évitant les mouvements brusques.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Gomme syphilitique du lobe frontal avec attaques d'épilepsie jacksonienne ; grave atteinte à la doctrine des localisations cérébrales. — M. Dieulafoy. L'épilepsie jacksonienne, ou épilepsie *partielle*, est caractérisée par des accès convulsifs qui se cantonnent à un côté du corps, à une région : le bras, la jambe, la face ; ce qui fait une épilepsie partielle : brachiale, crurale, faciale. Tantôt l'accès convulsif est strictement limité à l'une de ces régions, c'est l'épilepsie jacksonienne *type* ; tantôt il dépasse ses limites : il débute, par exemple, au bras, puis il s'étend à la face, réalisant ainsi le type mixte brachio facial ; ou bien il débute au bras, puis il gagne la jambe, réalisant ainsi le type mixte brachio-crural ; il peut débuter à la jambe et gagner ensuite le bras et la face. Quoi qu'il en soit, ce qui caractérise l'épilepsie partielle, c'est qu'elle débute par une région nettement limitée, et alors même qu'elle gagne d'autres régions, elle se distingue de l'attaque d'épilepsie vulgaire qui, elle, est toujours généralisée.

L'épilepsie partielle est souvent précédée d'une aura ; le malade ne perd pas toujours connaissance et il assiste, terrifié, à son accès, tandis que dans l'épilepsie vulgaire la perte de connaissance est constante et absolue.

La durée de l'accès jacksonien est d'une ou deux minutes, et même moins; les accès peuvent se répéter un grand nombre de fois, et devenir subintrants avec élévation de température. Par contre, les accès sont parfois distants de plusieurs jours ou de plusieurs semaines.

La région qui a été contracturée et convulsée pendant l'accès peut rester parésiée ou paralysée après l'accès. Ces paralysies revêtent le même type que l'accès convulsif; elles sont brachiales, crurales, faciales, fugaces ou permanentes ; elles peuvent succéder aux symptômes convulsifs, ou les devancer.

Les accès d'épilepsie partielle ont leur origine dans une lésion de la zone corticale motrice du cerveau C ette zone motrice, zone rolandique, comprend les circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, séparées par la scissure de Rolando, ainsi que le lobule paracentral.

La zone motrice peut être divisée en régions secondaires qui forment trois centres moteurs principaux, l'un pour la face et la langue, l'autre pour le bras, l'autre pour la jambe. Le centre moteur de la face et de la langue correspond à l'extrémité inférieure des circonvolutions motrices. Le centre moteur du bras, territoire brachial, est placé plus haut. Le centre moteur de la jambe, territoire crural, correspond à la partie supérieure des circonvolutions ascendantes, et au lobule paracentral. Le lobule paracentral peut être considéré comme l'extrémité terminale des circonvolutions ascendantes, qui se retournent sur la face interne de l'hémisphère.

Quand une lésion, quelle qu'en soit la nature, syphilitique, tuberculeuse, gliomateuse, kystique, etc., est assez nettement circonscrite pour n'intéresser qu'un des centres moteurs que nous venons d'étudier : centre brachial, centre crural, centre facial, cette lésion peut déterminer un accès d'épilepsie partielle cantonné au bras, à la jambe, à la face ; et à supposer que l'accès convulsif dépasse ses limites initiales, et réalise le type mixte de l'accès brachio-facial, cruro-brachial, etc., la topographie de la lésion est indiquée par la région où l'accès convulsif *a débuté*. Ainsi, quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par la jambe, soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende, c'est que la lésion cérébrale (syphilome, tuberculome, gliome, fibrome, ostéome, parasite) est localisée à la région paracentrale, qui comprend le lobule paracentral et la partie supérieure des circonvolutions motrices. Quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par le bras soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende à la jambe ou à la face, c'est que la lésion cérébrale siège à la partie moyenne des circonvolutions motrices. Quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par la face, soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende, c'est que la lésion cérébrale siège au pied des circonvolutions motrices. Les exemples de ces localisations cérébrales sont fréquents, ils ont été contrôlés soit à l'autopsie, soit au moment de l'opération.

Ces connaissances permettent de porter avec précision le diagnostic topographique de la lésion, renseignement précieux quand on doit recourir à l'intervention chirurgicale.

L'observation suivante montre cependant que ce diagnostic topographique de la lésion n'est pas aussi certain que l'on pourrait s'y attendre.

Un homme de 40 ans, typographe, est amené dans le service de l'Hôtel-Dieu, plongé dans le coma Nous apprenons qu'il a eu la syphilis il y a dix ans, que, cinq jours avant son entrée il avait été pris brusquement, en pleine santé, d'une crise convulsive avec perte de connaissance, morsure de la langue, incontinence d'urine. Ces crises se sont renouvelées plusieurs fois les jours suivants, précédées d'une inspiration bruyante, débutant par le bras droit, puis envahissant la jambe droite, en même temps que la tête et les yeux se dévient à droite.

A son entrée à l'hôpital, cinquième jour de la maladie, il est dans un état demi comateux ; sa température atteint 39° ; la face est déviée à droite ; la langue, déviée du même côté, présente des traces de morsure ; les membres droits

Digitized by Google

sont flasques, parésiés. Pendant qu'on l'examine, il pousse un cri étouffé, la face et les lèvres se dévient à droite, en même temps la main droite se contracte, les doigts se recourbent en forme de griffe, et en quelques instants apparaissent au membre supérieur droit des secousses convulsives, qui envahissent bientôt la jambe droite et le côté droit de la face. Pendant la crise le malade ne semble pas avoir perdu complètement connaissance.

En 40 secondes tout cesse, la crise convulsive est terminée ; le malade reste cyanosé ; la respiration est gênée. De nouvelles crises se répètent, analogues à la précédente.

Le diagnostic topographique semblait facile. La localisation de l'attaque d'épilepsie au côté droit du corps avec prédominance marquée au bras droit, indiquait une lésion de la région corticale motrice du côté gauche, localisée au territoire moyen et inférieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

Le malade étant un ancien syphilitique, il était naturel de rattacher cette lésion à une gomme intéressant les circonvolutions motrices de la région rolandique gauche.

En conséquence, on institua aussitôt un traitement spécifique énergique par les injections de biiodure d'hydrargyre (8 jours, 12 milligr. par jour).

Néanmoins, la situation ne s'améliora pas. Les crises se renouvelèrent fort nombreuses, la température se maintenait fort élevée, au-dessus de 39° et trois jours après son entrée, le malade succombait dans le coma.

A l'autopsie, on ne trouva rien sur la région rolandique gauche. La seule lésion appréciable est cantonnée à la pointe du lobe frontal gauche. En ce point, la surface cérébrale normale est remplacée par un tissu pathologique adhérent aux méninges, de nuance brunâtre, pénétrant jusqu'à un centimètre et demi du prolongement antérieur du ventricule latéral, et constituée par une gomme syphilitique.

Cet homme était donc atteint d'une lésion cérébrale syphilitique, et en cela le diagnostic pathogénique était vrai ; mais, en localisant cette gomme à la lésion rolandique, d'après la doctrine des localisations cérébrales, le diagnostic topographique était faux. Ce fait est d'autant plus troublant, qu'en cas d'intervention, le chirurgien aurait opéré sur de fausses indications ; il aurait trépané le crâne au niveau de la région rolandique et n'aurait trouvé aux circonvolutions motrices aucune lésion.

Un certain nombre de faits identiques existent dans la littérature médicale.

Il en résulte qu'une lésion : gliome, syphilome, tuberculome ou autre, localisée aux circonvolutions du lobe frontal, loin de la zone rolandique, peut reproduire le tableau de l'épilepsie jacksonnienne, telle qu'on la voit à la suite des lésions localisées aux circonvolutions rolandiques. Nous ne connaissons aucun signe qui permette de différencier l'épilepsie jacksonnienne rolandique de l'épilepsie jacksionne frontale ; ceci, il ne faut pas se le dissimuler, est une atteinte portée à la doctrine des localisations cérébrales.

Du rhumatisme tuberculeux. — M. Poncet rapporte un nouveau cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, simulant d'une façon absolue le rhumatisme articulaire aigu, en en différant par sa ténacité, et l'inefficacité complète du salicylate de soude et de l'antipyrine pour amener la guérison. Seule l'inoculation aux animaux du liquide extrait d'une jointure, la séro-réaction qui fut positive, montrèrent d'abord la nature exacte des lésions qui fut confirmée par l'évolution ultérieure de la maladie.

Ce fait montre que les toxines tuberculeuses peuvent, pendant un certain temps, provoquer du côté des jointures les mêmes réactions que le rhumatisme articulaire ordinaire. Il est donc prudent, dans les manifestations dites rhumatismales, surtout lorsque l'antipyrine et le salicylate de soude échouent, de songer à la tuberculose et de recourir, comme complément d'information, à la séro réaction. — (22 *octobre*.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Albuminurie orthostatique. — M. Le Noir rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans dans les antécédents de laquelle on relève une scarlatine à l'âge de 12 ans. Il y a quatre mois, elle éprouva tous les symptômes d'une néphrite aiguë avec anasarque. A la suite du repos au lit, du régime lacté, l'œdème généralisé disparut, mais l'albumine persista dans les urines, s'accompagnant d'une faiblesse générale, de palpitations d'effort, d'un bruit de rouet au cœur.

L'albuminurie, fort légère (0 gr. 25 par litre) offre cette particularité qu'elle disparaît dans la position couchée, et apparaît sous l'influence de la station debout.

Le régime alimentaire ne semble exercer aucune influence sur le taux d'albumine.

Cette malade, revue au bout de plusieurs mois, ne présentait plus d'albuminurie, quoiqu'elle ait eu une fièvre typhoïde dans l'intervalle.

Du rythme couplé du cœur avec pouls bigeminé au cours de l'ictère. — M. Dufour. — On doit à Traube, en 1850, la première mention du rythme couplé du cœur et du pouls bigeminé. Depuis lors, ce syndrome a été étudié par divers auteurs, parmi lesquels nous citerons Lorain, Leyden, Landois, Tripier, Huchard, Chauveau, Potain, Lemoine (de Lille), Barié.

M. Dufour en rapporte deux cas, observés chez des sujets atteints d'ictère catarrhal, sans bradycardie. Ces malades avaient eu antérieurement, l'une la variole, l'autre une attaque de rhumatisme articulaire aigu d'une durée de un mois.

Il en résulte donc que le couplement des contractions du myocarde aux pouls bigeminé doit être compté au nombre des modifications du rythme du cœur produites par la bile chez les ictériques.

Digitized by Google

Quand on rencontre chez un ictérique ce rythme si particulier, on doit penser à la possibilité d'une maladie antérieure ou présente, qui place le myocarde dans un certain état de faiblesse fonctionnelle. En effet, la bile trouble le rythme du cœur en exerçant son action toxique sur le muscle, d'une façon plus énergique que sur ses éléments nerveux.

Un cas de gangrène symétrique des extrémités. — M. Dufour. — Il s'agit d'une femme de 58 ans entrée à l'hôpital pour une pneumonie double dont elle guérit Quelques jours après la guérison, cette malade présente un érythème polymorphe généralisé; puis apparaissent aux doigts, aux orteils, au bout du nez et aux lobules des oreilles des plaques gangréneuses.

La gangrène n'est pas précédée d'une période de syncope, ni d'asphyxie locale; il se fait presque d'emblée des phlyctènes remplies d'un liquide louche; les extrémités, y compris le nez et les oreilles, se mortifient surtout au niveau de l'index de la main gauche. La suppuration s'installe. La malade, qui a beaucoup d'albumine, meurt d'infection purulente. Il y a eu des douleurs des doigts sans caractère paroxystique. A aucun moment les artères périphériques n'ont cessé de battre. L'examen bactériologique du sang pratiqué avant et après la mort, est resté négatif.

A l'autopsie, les poumons, le cœur sont sains; les reins sont gros, la rate a le type infectieux. Il y a du pus dans l'articulation du genou gauche.

Les lésions des nerfs et des artères périphériques, fort minimes, ne suffisent pas à expliquer la gangrène.

Pour M. Dufour, elle serait due à des toxines pneumoniques en circulation dans le sang, dont l'action directe s'exercerait sur les éléments cellulaires périphériques, plus exposés à se laisser détruire que dans toute autre région, par suite de leur situation excentrique, et par la difficulté de la circulation à leur niveau.

Tuberculose généralisée des séreuses. — M. F. Bezançon. — Le bacille tuberculeux est susceptible de produire, non seulement une infection généralisée (granulie), mais encore des localisations multiples sur les séreuses articulaires, donnant à la maladie le masque du pseudo-rhumatisme infectieux.

Dans l'observation rapportée par M. Bezançon, il s'agit d'une jeune femme atteinte, après une longue période de fatigue générale, d'hydarthrose du genou, puis d'une série ininterrompue de manifestations sur le système séreux.

Pendant toute la première partie de la maladie, qui dura 18 mois, les localisations se manifestèrent sur les séreuses articulaires et sur l'endocarde; pendant la seconde, il s'agit de localisations sur les deux plèvres et le péritoine, enfin de localisation ultime sur les méninges, comme on l'observe si souvent au cours de l'infection par le bacille tuberculeux.

La méthode des cultures, le cytodiagnostic, les inoculations du liquide exsudé aux animaux firent voir la nature bacillaire de ce pseudo-rhumatisme.

Traitement des myélites syphilitiques. — M. Schachmann, de Bucarest, envoie une observation de malade, atteint de myélite syphilitique, traité et guéri par les injections intra-rachidiennes de benzoate de mercure à la dose de 0 gr. 01. *(18 octobre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fracture ancienne du pariétal droit déterminant, à longue échéance, des accidents d'épilepsie jacksonienne. — M. Kirmisson. — Il est souvent fort difficile d'établir un lien pathogénique exact entre un traumatisme cranien et les accidents épileptiformes qui leur font suite. Le fait cité dans la dernière séance, dans le rapport de M. Rochard, en fait foi. Je citerai encore à l'appui de cette assertion l'observation suivante, que j'ai eu l'occasion de recueillir cette année même dans mon service de l'hôpital Trousseau.

Il s'agit d'une fillette de onze ans, qui, à deux ans, a fait une chute de la hauteur d'un premier étage sur l'angle d'un trottoir. La chute a eu lieu sur le côté droit de la tête; il n'y a pas eu de plaie.

Deux ans et demi après, à quatre ans et demi par conséquent, l'enfant a été prise de mouvements épileptiformes localisés au côté gauche du corps. La crise, qui a été unique, a duré environ sept heures. Depuis lors, elle n'a pas eu d'autres accidents jusqu'à l'heure actuelle. La mère cependant a constaté une faiblesse de la mémoire, mais l'enfant est intelligente. Elle n'accuse pas de douleurs de tête spontanées; mais il existe une douleur à la pression dans la région du crâne sur laquelle a porté le traumatisme.

Dans la nuit du 11 au 12 juillet 1901, nouvelle crise épileptiforme; l'enfant tombe de son lit, sans perdre connaissance. On l'amène à l'hôpital le 12, dans la matinée. M. Netter, qui la voit à ce moment, constate des mouvements épileptiformes limités au côté gauche du corps. L'avant-bras se fléchit sur le bras, les doigts sont fléchis, le pouce replié dans la paume de la main. Le membre inférieur est également le siège de mouvements de flexion. La tête et les yeux sont déviés du côté gauche; pas de mouvements des muscles de la face.

Le lendemain, 13 juillet, j'examine l'enfant avec mon collègue. Tout mouvement convulsif a disparu; il n'y a rien de particulier à noter, ni du côté des mouvements, ni du côté de la sensibilité. Mais nous constatons l'existence, sur la partie latérale droite du crâne, d'une dépression manifeste, au niveau de laquelle la pression avec le doigt est très douloureuse.

20 juillet. Les cheveux étant rasés, l'on constate, à la région temporale droite, à deux travers de doigt en arrière du pavillon de l'oreille, l'existence d'une fente verticale de 4 à 5 centimètres de longueur, avec une dépression manifeste, au niveau de laquelle on voit les battements du cerveau. La pression exercée avec le doigt au niveau de cette dépression est douloureuse.

Dans ces conditions, on peut admettre l'existence d'un fragment osseux ou d'une hyperostose venant comprimer la surface externe de la dure-mère à ce niveau, et l'on croit une intervention indiquée.

Celle-ci est pratiquée le 27 juillet : on dessine, à la surface du cuir chevelu, un lambeau convexe en avant dont le pédicule est

Digitized by Google

tourné en haut et en arrière, lambeau qui correspond à la dépression osseuse notée précédemment. On décolle le périoste à la rugine; mais, tandis que le décollement se fait sans difficulté à la partie supérieure, en bas, au contraire, au niveau de la fente osseuse, le décollement est impossible. Il est intimement fusionné avec la dure-mère à ce niveau, et les tentatives faites pour le décoller déterminent l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Toutefois la fente osseuse est mise à nu; en examinant ses bords, on se rend facilement compte qu'il n'y a ni hyperostose, ni fragment enfoncé, ni esquille qui vienne irriter la dure-mère. Dans ces conditions, on croit sage de s'abstenir de toute opération osseuse. On suture la plaie, en interposant au niveau de son angle inférieur un petit drain qui est retiré au bout de quarante-huit heures.

La cicatrisation se fait sans incident, et l'enfant quitte l'hôpital le 8 août.

Voilà donc un fait dans lequel il est difficile de se rendre compte du véritable mécanisme des accidents épileptiformes observés. L'intervention a démontré qu'il n'y avait aucune disposition osseuse spéciale que l'on pût incriminer. Sans doute, on admettra comme suffisante l'adhérence de la dure mère au périoste, au niveau de la fente cranienne, ce que je ne fais aucune difficulté d'accepter. Mais alors il reste à se demander pourquoi cette disposition anatomique permanente n'a déterminé que deux accès épileptiformes à long intervalle, l'un vers cinq ans, le second à onze ans. Sans vouloir faire intervenir l'idée de psychose post opératoire, qui ne me séduit nullement, je pense qu'on doit, en pareil cas, tenir compte, outre les conditions anatomiques locales, d'une prédisposition héréditaire ou acquise.

Ecrasement du calcanéum traité par la conservation. — M. Nélaton fait un rapport sur une observation de M. Courteaud, médecin de la marine. Il s'agit d'un marin qui reçut sur le talon droit une chaîne d'un poids considérable. Il en résulta une vaste plaie du talon avec éclatement du calcanéum en fragments multiples. Un de ces fragments, complètement détaché, entraîné par le tendon d'Achille, remontait à 3 centimètres au dessus des autres fragments. La plaie fut lavée et pansée antiseptiquement, ses bords suturés; guérison au bout de 4 mois. Le pied est plat, les mouvements de l'articulation tibio tarsienne sont parfaits; la marche est facile.

Ce fait montre ce que peut l'expectation en pareil cas; il y a lieu de féliciter l'auteur de ne pas avoir pratiqué l'amputation immédiate du pied.

Trois cas de prostatectomie. — M. Tuffier analyse trois observations de M. Adenot, de Lyon, ayant trait à la prostatectomie :

1° Tumeur maligne de la prostate; prostatectomie périnéale, guérison opératoire; mort 4 mois après de cachexie.

2° Hypertrophie de la prostate, rétentions répétées; infections par fausses routes; cystostomie, puis prostatectomie périnéale, guérison.

3° Rétention aiguë avec hématurie grave, cystostomie, résection du lobe moyen de la prostate hypertrophiée, récupération parfaite des fonctions vésicales. *(16 octobre.)*

BIBLIOGRAPHIE

L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier, 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cart. à l'angl., 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Ce nouvel ouvrage de l'auteur de *Genèse et nature de l'hystérie*, s'adresse tout spécialement aux praticiens, à qui, depuis quelques années, on semblait dénier la capacité de traiter l'hystérie qui rentrait de plus en plus dans le domaine des psychologues.

L'auteur a eu pour but précisément, en faisant d'abord l'examen critique des théories sur la nature de l'hystérie et le mécanisme de ses phénomènes, de montrer qu'ils sont d'ordre essentiellement physiologique, et que leur traitement est par conséquent du ressort des cliniciens. Etablir la pathogénie générale des troubles hystériques et partir de là pour en déduire le traitement rationnel, telle est l'idée directrice de l'ouvrage.

La théorie et la pratique se trouvent donc toujours intimement liées; l'auteur ne donne aucun conseil, aucune manœuvre, aucun procédé dont il n'explique le pourquoi en même temps que le comment de leur application.

Basé sur la longue expérience de l'auteur, cet ouvrage constitue pour les praticiens le guide le plus complet et le plus pratique du traitement de l'hystérie.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

De l'influence de l'estomac sur les maladies arthritiques de la peau, sur les céphalées diathésiques et sur la neurasthénie.

Quel est le praticien qui ne s'est maintes fois trouvé en présence de ces dyspepsies désespérantes, de ces migraines tenaces, de ces maladies de la peau impossibles à guérir, souvent même à diagnostiquer? Quel est le médecin qui n'a vu tant de méthodes, soi-disant infaillibles, échouer piteusement dès le premier essai?

Or, Bouchard et Gauthier nous ont ouvert des voies nouvelles; par leurs travaux sur l'antisepsie intestinale et sur les toxines, ils ont mis en lumière le rôle prépondérant joué par l'estomac dans la genèse des maladies qui résultent de vices de nutrition, de ces maux si variés, véritables protées, on peut dire : « La peau est le miroir de l'estomac et de l'intestin ».

Rétablir l'intégrité des organes digestifs, voilà bien souvent le principal, même l'unique problème à résoudre.

Eh bien! au moyen de la tétralgine, antiseptique intestinal extrêmement puissant (et sans danger, car il ne faut pas tuer le malade en visant le microbe) vous aurez des résultats surprenants. Une pratique de 12 années l'a démontré; un seul essai vous convaincra.

Pour documents et échantillons, s'adresser à J. Routhier, pharmacien de 1re classe, à Vierzon (Cher).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

La diversité des complications oculaires du diabète

par le Dr A. TERSON
Ancien chef de clinique de la Faculté

Les troubles oculaires s'observent fréquemment au cours du diabète, surtout lorsqu'il existe depuis plusieurs années et dans les cas où le sujet atteint, affaibli ou ne s'astreignant que peu ou pas au régime et à l'hygiène physique et morale du diabétique, offre une prise de plus en plus grande à la déchéance organique. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir le diabète longtemps méconnu, et nous citerons plusieurs cas où l'examen des urines provoqué par nous à la suite de l'examen des yeux malades a décelé le sucre et a permis d'attirer là-dessus l'attention du médecin habituel. Nous ne désirons point reprendre l'étude classique des complications oculaires du diabète, mais d'après quelques-uns de nos malades montrer comment elles se présentent *dans la pratique* médicale et ophtalmologique et comment elles peuvent soit passer inaperçues dans leur origine, soit, faute d'un examen oculaire précis, *simuler* quelquefois des altérations extrêmement graves alors qu'elles ne sont que des troubles moins sérieux et fonctionnels (amblyopies, anomalies de la réfraction, etc.). Aussi le médecin qui chez un diabétique atteint d'un trouble visuel quelconque, ne cherche point à être fixé d'une manière absolue et précise par l'examen technique, si mathématique aujourd'hui, de l'état fonctionnel et objectif de l'œil, se trouve perpétuellement dans l'alternative suivante. Tantôt le malade, diabétique invétéré, se plaint d'un affaiblissement rapide de la vision, et on peut supposer qu'il s'agit d'une atteinte grave, curable par opération (cataracte) ou infiniment plus sérieuse(hémorrhagies rétiniennes, atrophie progressive du nerf optique, iritis et choroïdites, avec ou sans propagation au corps vitré) : tantôt le même affaiblissement de la vision n'est produit que par une amblyopie sans lésion ophtalmoscopique ou par une singulière anomalie de la réfraction, la *myopie diabétique*, et le pronostic n'est plus le même. Nombre de faits nous ont prouvé que quelquefois le malade et le médecin se laissaient vivre dans cette incertitude, jusqu'au moment où une certaine crainte, née de l'aggravation subite du trouble visuel, les contraignaient à chercher d'une manière précise à être fixés sur la nature du mal. Sans doute on ne peut pas beaucoup contre une atrophie du nerf optique, ni contre des hémorrhagies rétiniennes diabétiques : sans doute la cataracte diabétique est souvent rapide, et visible pour tous ; mais en ce qui concerne l'iritis diabétique dans sa marche torpide, nous avons plus d'une fois empêché ces iritis de boucher définitivement la pupille, et alors que, comme chez un prêtre auquel nous donnons nos soins, ces iritis bilatérales étaient décorées *depuis plusieurs années* du nom de conjonctivites et traitées par la perpétuelle et quelquefois irritante eau boriquée. Nous ne parlons pas des cas *courants* où la constatation de grosses et menaçantes affections (ulcères et abcès de la cornée et iritis à hypopyon tendant à entraîner rapidement le phlegmon du globe) provoque par leur fracas l'examen des urines et la découverte du sucre. A côté des *grandes complications* oculaires du diabète, il y a les *petits signes oculaires* du diabète : certaines complications, même non inflammatoires, sont très graves ; d'autres sont légères, bénignes, fonctionnelles, bien qu'un diabétique atteint d'un trouble visuel sans gravité, puisse être plus tard atteint d'une autre altération cette fois destructive. On doit *rassurer* le malade et le médecin. Or, comme pendant un certain temps, les troubles dangereux et les troubles bénins ne se manifestent que par un *affaiblissement visuel sans précision*, on conçoit combien il est nécessaire de faire le départ des uns et des autres. C'est donc plutôt sur les complications oculaires *bénignes*, plus curables, que nous attirerons surtout votre attention, tout en rappelant brièvement les complications graves, l'épouvantail, celles auxquelles on pense trop, et dont la description clinique traîne dans tous les traités de pathologie interne et d'ophtalmologie.

Dans la pratique, on observe les faits de la manière suivante :

1° *Le malade se plaint d'un affaiblissement visuel, sans inflammation ou rougeur extérieure et sans altération cornéenne.* L'œil n'est pas rouge, pas sécrétant ; les paupières et la conjonctive sont indemnes ; la cornée est absolument transparente. Au jour, à la lumière artificielle, sans examen ni à la loupe ni à l'ophtalmoscope, le médecin traitant voit indubitablement et sans erreur possible qu'il n'y a aucune altération extérieure, et qu'il s'agit d'une altération intraoculaire, ou d'un trouble fonctionnel. Exceptionnellement l'œil n'a pas des excursions normales et quand le malade le dirige en divers sens, il y a un arrêt dans telle ou telle direction, il y a une paralysie d'un muscle de l'œil, et, le malade voit les objets doubles. Nous en rapporterons plus loin un exemple. Un examen ophtalmoscopique, de la réfraction, du champ visuel et du fonctionnement des muscles de l'œil, s'impose. Il a pour résultat la constatation d'une lésion généralement isolée, très rarement multiple. Il s'agit alors d'une cataracte,

Digitized by Google

d'une rétinite diabétique, d'opacités du corps vitré, d'une atrophie du nerf optique, lésions que l'ophtalmoscope précise absolument. En l'absence de lésions ophtalmoscopiques, il s'agit, très rarement, d'une paralysie oculaire, plus fréquemment d'un trouble de réfraction (plus souvent de la myopie), quelquefois d'une amblyopie. Rappelons pour mémoire que des altérations de l'œil tout à fait *indépendantes* du diabète peuvent exister déjà où se produire, comme dans toutes les maladies générales : nous avons vu plusieurs fois des brightiques et des diabétiques sans aucune altération oculaire venir consulter et être soulagés de leur trouble visuel par la simple prescription des lunettes qui convenaient à une presbytie ou à une hypermétropie négligées, mais nullement diabétiques. Une fois même c'est une *hémorrhagie sous-conjonctivale*, sans aucune altération rétinienne, qui a déterminé un brightique à porter les verres convexes dont il avait besoin depuis trop longtemps. Il peut se produire des ecchymoses de ce genre chez les diabétiques (Hirschberg).

La *cataracte* diabétique est bien connue aujourd'hui : le plus souvent elle a une marche rapide ; s'il s'agit de sujets jeunes, elle affecte souvent une marche précipitée ; chez plusieurs sujets n'ayant pas atteint la quarantaine et chez un jeune homme de 25 ans, nous avons vu des cataractes blanches, molles, totales, couleur de riz cuit, se développer et rendre le malade *aveugle* en *trois mois*. Mais chez d'autres sujets, il n'en est pas ainsi : des opacités cristalliniennes, mêmes bilatérales, restent longtemps stationnaires, et, bien qu'elles aient apparu au cours du diabète, on ne peut pas toujours affirmer qu'elles ne seraient pas apparues sans lui. Souvent alors, elles suivent une évolution lentement progressive en rapport avec leur nature dure ou molle.

Dans d'autres cas, signalés entre autres par Seegen, on a parlé de la disparition de certaines opacités diabétiques. Nous n'avons pas à insister sur la circonspection qu'il faut apporter pour accueillir les affirmations de ce genre. Mais, outre que des confrères dignes de la plus grande estime, ont vu des cas indubitables où certains cristallins ont repris une transparence inattendue (à ne pas confondre avec la *résorption* du cristallin cataracté, dont nous avons signalé des cas et sur laquelle nous avons inspiré la thèse de Delbès), nous ne croyons pas qu'il soit possible de nier le fait : la cataracte artificielle chez les animaux, par l'introduction du sucre et du chlorure de sodium dans l'organisme, ne disparaît-elle pas ? La cataracte diabétique est peut-être de nature toxique, comme bien des cataractes nous paraissent l'être, et même de nature hypertoxique. Une désintoxication partielle du sang pourrait peut-être dans les cas peu avancés entraîner une restauration de la transparence. En fait d'opacité cristallinienne, comme partout, il n'y a pas de règle sans exception. N'avons-nous pas vu, il y a peu de temps, un cristallin parsemé de longues stries grisâtres chez une jeune femme, à la suite d'un très violent coup de poing sur l'œil, reprendre en quelques jours, une transparence *complète ?*

La cataracte diabétique n'est, en tous cas, ni toujours molle ni toujours très rapide : sa consistance est plutôt la conséquence de l'âge du sujet que de son affection générale. Notre dernier opéré de cataracte diabétique était un homme âgé de 60 ans, atteint de diabète et d'albuminurie, et d'une cataracte double totale. Cette double cataracte s'est développée au cours du diabète avec albuminurie et s'est totalement complétée en deux ans sur les deux yeux. Bien que le fait existe chez les sujets non diabétiques, il est rare de voir les choses marcher à la fois aussi complètement, et en l'absence d'hérédité de la cataracte et de toute autre cause, nous avons admis chez lui que la cataracte était apparue en partie à cause de son état général. La cataracte extraite était fort consistante, nullement molle. L'extraction n'eut aucune suite fâcheuse, l'antisepsie de l'œil et l'asepsie des instruments et accessoires furent employées. La présence de l'albuminurie nous avait empêché de prescrire un traitement par l'antipyrine, restrictif du sucre. L'examen ophtalmoscopique nous permit plus tard de constater l'intégrité du fond de l'œil et la vision fut bonne.

La cataracte diabétique, et même diabéto-albuminurique, est aujourd'hui couramment opérée et avec raison. Les succès opératoires, depuis l'antisepsie et surtout l'asepsie instrumentale bien faite, sont presque constants, au lieu des infections qui avaient fait au temps de Desmarres, de la cataracte diabétique un *noli me tangere*. Sur un grand nombre de cas de ce genre, nous n'avons vu aucune infection grave. M. Valude a observé des défauts de rétablissement de la chambre antérieure et conseille en pareil cas l'iridectomie, que plusieurs fois nous avons faite aussi sans incident chez des diabétiques. Bien qu'on ne doive pas redouter aujourd'hui comme autrefois la suppuration panophtalmique de la plaie cornéenne, nous croyons toutefois que les synéchies sont un peu plus fréquentes chez les opérés de cataracte diabétique. Nous avons eu un exemple que nous croyons assez caractéristique sur ce point. Nous avons été consultés par une malade, femme de 50 ans environ, diabétique sans albumine, et qui, *de chaque œil*, avait été opérée de cataracte avec *occlusion pupillaire*. Il y avait un an que l'opération avait

Digitized by Google

été faite par un de nos confrères. Les yeux n'avaient plus aucune irritation quelconque. Nous fîmes, à quelque temps d'intervalle, l'irido-capsulotomie de chaque côté avec l'antisepsie et l'asepsie habituelles ; de larges brèches furent ouvertes sans incident, mais de *chaque côté*, il y eut une réaction violente plastique et exsudative de l'iris, malgré le traitement par l'antipyrine et l'antisepsie. Toutefois, de chaque côté et non sans étonnement de notre part, cet ouragan se dissipa, la chambre antérieure et les pupilles artificielles s'éclaircirent en quelques jours, et la malade conserva de chaque côté des pupilles artificielles permettant la lecture facile d'un journal.

Néanmoins, nous n'observons pas chez les non diabétiques pour l'iridocapsulotomie sur l'œil depuis longtemps non irrité, blanc, de semblables réactions et nous pensons que le terrain y a été pour beaucoup.

Comme nous le disions, rarement les diverses complications oculaires graves du diabète coexistent, ce qui donne à l'opération de la cataracte diabétique un résultat visuel le plus souvent excellent.

A côté de la cataracte, nous observons les *rétinites diabétiques*, avec hémorrhagies abondantes et taches blanches généralement plus rares. Elles se produisent ordinairement à la période tardive de la maladie, sont un signe de mauvais augure, et ont par conséquent un pronostic *vital* qui, quoique moins rapide et moins fatal que pour les brightiques (1) n'en est pas moins à signaler discrètement au médecin traitant et à l'entourage. Il n'est pas rare de les voir suivis de complications gangréneuses, d'anthrax, d'affections pulmonaires mortelles. Nous n'insisterons pas ici sur leur description technique, connue des oculistes, et inutile en général au médecin. Il est très rare qu'elles soient assez étendues pour entraîner la cécité complète, mais elles sont souvent peu susceptibles d'amélioration. Nous avons suivi plusieurs années des cas de ce genre, fluctuants dans des alternatives de légère amélioration, d'aggravation et de stationnement.

Dans plusieurs cas, nous avons provoqué l'examen des urines et la découverte du sucre. Peut-être l'institution du traitement général a-t-elle eu une influence pour limiter l'étendue et les progrès des altérations vasculaires et sanguines.

Enfin, nous avons observé plusieurs fois le *glaucome hémorrhagique* comme complication tardive d'hémorrhagies rétiniennes diabétiques et albuminuriques.

L'*atrophie du nerf optique* est quelquefois progressive et peut conduire sans autre lésion à une cécité complète. Du moins plusieurs cas d'atrophie progressive sans inflammation ont été observés par nous chez des diabétiques, et bien que la cause d'une atrophie pure du nerf optique ne soit pas toujours évidente, nous n'avons trouvé chez eux aucune autre cause plausible.

On ne la confondra pas avec des *troubles fonctionnels* qui sont l'hémianopsie, l'amblyopie, les anomalies de la réfraction, les paralysies oculaires avec diplopie.

On voit quelquefois l'*amblyopie toxique*, à type caractéristique (scotome central, nyctalopie etc.), se produire chez des diabétiques non buveurs, non tabagiques, non soumis à aucune autre intoxication. Elle est probablement due à des résorptions ou à des transformations toxiques (sucre, acétone, etc.), chez le diabétique. On ne trouve aucune lésion du fond de l'œil, et bien que souvent très prolongée, elle peut guérir. Dans un cas, nous l'avons vue cependant exister à l'état chronique, sans que jamais depuis plusieurs années le malade soit arrivé ni à la cécité, ni à une lésion du fond de l'œil.

Nous avons aussi observé des diabétiques éthyliques qui utilisaient ainsi leur soif pathologique et étaient atteints de graves amblyopies toxiques.

L'asthénopie existe parfois chez les diabétiques cachectiques et les affaiblis. On a observé quelquefois un *affaiblissement de l'accommodation* qui a obligé les malades à porter des verres convexes plus précoces ou plus forts que ceux correspondant à leur âge. La *paralysie accommodative* serait par contre infiniment rare.

En face de modifications brusques d'hypermétropie et de presbyopie, on observe aussi des cas assez singuliers de *myopie diabétique*. Nous nous permettrons d'employer au lieu de myopie, la dénomination d'*hypométropie*, qui nous semble devoir être substituée au mot banal et peu correct de myopie. Hirschberg et d'autres auteurs ont vu des cas de ce genre. Nous en avons observé trois cas tout à fait typiques. Deux ont existé chez des femmes diabétiques. L'une rejeta peu à peu ses verres convexes habituels pour la lecture et se serait réjouie de ce rajeunissement imprévu si une sensible diminution de la vision éloignée ne l'avait par contre simultanément inquiétée. Appelé par son médecin, nous constatâmes l'intégrité complète de l'œil dans toutes ses parties, mais une myopie ou hypométropie de cinq dioptries. Les verres convexes de cinq dioptries ramenaient l'acuité visuelle presque à l'unité, bien que la dernière ligne de l'échelle visuelle n'ait jamais été lue en entier convenablement. La lecture des plus fins caractères rapprochés s'effectuait régulièrement comme chez un myope ordinaire.

(1) A. Terson. Pronostic vital des hémorrhagies intraoculaires. *Journal des Praticiens*, 1897.

Digitized by Google

Depuis près de quatre ans, la situation n'a pas changé; la malade voit de la même manière : il n'y a aucune *opacité cristallinienne*, fait intéressant (car on peut penser dans les cas de ce genre à une modification dans la forme et l'indice de réfraction du cristallin, et non à un allongement de l'œil, base de la *maladie de l'œil* couramment et inexactement appelée myopie, où on donne au mal le nom d'un de ses symptômes.

Les verres concaves pour la vue de loin améliorent la vision, mais provoquent, toutes choses égales, plus de fatigue chez la malade que chez un hypométrope banal.

Chez une autre malade, j'ai vu au contraire cette myopie apparaître assez rapidement en quelques semaines, arriver à trois dioptries, s'y maintenir près de deux ans, et *disparaître presque complètement*, coexistant avec une considérable diminution de l'excrétion du sucre sous l'influence d'un traitement électrique. La malade a repris des verres convexes pour le travail et pour la vision de loin égale à 2/3 sans verres, un verre concave de 0,75 donne l'acuité normale.

Dans un autre cas, chez le beau-frère d'un de nos collègues, la myopie diabétique est d'environ deux dioptries, l'acuité visuelle est généralement normale avec 2 D. Mais il y a quelquefois des *variations* : tantôt c'est 1,75, tantôt 2,25 qui donne la meilleure acuité. Là aussi des hauts et des bas, mais depuis plusieurs années aucune lésion grave du fond de l'œil, aucune altération cristallinienne, malgré l'appréhension du début.

Quoi qu'il en soit, cette myopie ou hypométropie de *pronostic bénin*, si elle existe seule, peut quelquefois par son apparition *inopinée*, rapidement progressive, *appeler l'examen des urines*. C'est un signe *très effrayant*, mais *non dangereux*, si l'examen *répété* du cristallin n'y découvre aucune opacité (on sait que la cataracte ordinaire s'accompagne souvent au début d'une myopie acquise assez marquée).

La *mydriase* aurait quelquefois été observée chez les diabétiques, mais nous ne l'avons pas jusqu'ici nettement rencontrée.

Enfin, les *paralysies oculaires* doivent faire examiner les urines, *même si le malade syphilitique, tabétique* ou autrement atteint, semble avoir d'autres raisons de paralysie oculaire. Nous avons eu à soigner un jeune bibliothécaire parisien envoyé par un de nos distingués médecins des hôpitaux, qui fut subitement atteint de *paralysie* de la 6e paire. Mais, le régime antidiabétique et le séjour à la campagne dans sa famille déterminèrent en deux mois la disparition non seulement de la paralysie oculaire, mais encore de la *glycosurie*, qui n'a plus jamais reparu. Le malade attribuait à des soucis, de grandes fatigues morales et physiques la paralysie dont il avait été atteint. Cette paralysie que je n'ai pu rattacher qu'à la glycosurie, en l'absence de toute autre cause, a, en tous cas, été intermittente comme elle. Il n'en est pas toujours ainsi et certains cas (par lésion centrale) peuvent persister. Il sera bon d'étudier les urines des sujets atteints de paralysie oculaire, pour prescrire dans les cas douteux le régime, l'hygiène, le traitement médicamenteux, hydrargyrique, ioduré, salicylé, etc., et le traitement oculaire local (port de verres, exercices, occlusion d'un œil, électricité, etc.) On a quelquefois noté la paralysie faciale avec *lagophtalmie*, ainsi que des paralysies de tous les muscles de l'œil.

A côté de ces altérations sans inflammation, d'autres altérations, non moins intra-oculaires, mais soit *inflammatoires*, soit congestives, peuvent se produire.

2° *Le malade est atteint d'irido-cyclite, d'iritis, d'irido-choroïdite, avec ou sans altérations du corps vitré.*

Ce groupe d'altérations est fort important dans la pratique : il est *fréquent, souvent méconnu*, et, *pris à temps*, quoique sa marche soit toujours lente, peut être traité de façon à empêcher l'*oblitération pupillaire*.

Dès qu'une rougeur, fut-elle extrêmement légère, attire l'attention, il faut examiner avec le plus grand soin, l'*état de la pupille*, même si à un examen rapide à la lumière du jour, elle paraît normale et un peu mobile, et l'iris de couleur physiologique. C'est qu'en effet si la pupille est étroite, elle peut être le siège de *synéchies iritiques* qui pourraient parfaitement passer *inaperçues*, et d'autre part dans certaines formes d'iritis sur lesquelles il est bon d'insister, la *rougeur* périkératique est *presque nulle*, l'iris non changé de couleur, malgré des adhérences marquées et sur lesquelles nous reviendrons. Si à l'examen à la loupe avec éclairage latéral et une lumière artificielle quelconque, la pupille n'est pas parfaitement et régulièrement mobile, on devra, de toute nécessité recourir à l'*épreuve de la cocaïne*. Dans la plupart des cas, l'examen, même sans cocaïne, montre les synéchies caractéristiques de l'iritis et les dentelures pupillaires. Dans les cas de pupille étroite, peu mobile, l'*épreuve de la cocaïne* devra être faite. Nous devons ici insister sur cette épreuve d'un intérêt absolument général, d'une *complète innocuité*, et qu'il faut *opposer à l'épreuve par l'atropine*, souvent inutile, *toujours pénible*, quelquefois dangereuse. On sait que l'instillation d'atropine provoque une dilatation pupillaire qui, naturellement, met les synéchies en évidence, mais qui trouble pour plusieurs jours (*quelquefois 8 à 10*),

Digitized by Google

la vision de près, rend la lecture impossible et gêne de toutes manières, enfin chez certains vieillards prédisposés, peut entraîner une *grave attaque de glaucome*. Deux ou trois gouttes de chlorhydrate de cocaïne à 1/30 ne déterminent aucun accident, donnent au bout de 20 à 25 minutes, une mydriase considérable, mettent en évidence les synéchies, permettent un examen ophtalmoscopique *total*. *Une ou deux heures après, tout est terminé*; la pupille revient à son état antérieur, la vision n'est pas troublée. Aussi nous n'hésitons que rarement à faire cette instillation de cocaïne, après examen de l'acuité visuelle et de la réfraction, dans tous les cas où une dilatation pupillaire rend service et permet, sans aucun ennui ni aucun danger pour le malade, un examen total. Avec l'atropine, au contraire, combien de malades sont restés irrités contre le médecin qui les a gênés pendant une semaine pour leur avoir mis de l'atropine, combien qui l'ont abandonné, combien qui ont attribué à la goutte d'atropine une aggravation de leur état visuel !

Rien de semblable avec la cocaïne qu'on a toujours sous la main. Il n'y a jamais de desquamation épithéliale dans ces cas, car on ne met de la cocaïne le plus souvent que dans un œil, et le clignement simultané des deux yeux suffit à empêcher la cornée de l'œil cocaïnisé de s'exfolier. Si on met de la cocaïne dans les deux yeux, on priera le malade de tenir presque continuellement les yeux fermés pendant le temps que la dilatation demande pour se produire.

Nous avons ainsi procédé à l'examen ophtalmoscopique avec une cornée absolument transparente et nous avons toujours fait bénéficier les élèves de ce procédé si utile et qui leur rendait les plus grands services pour mieux voir.

Quoi qu'il en soit, la dilatation met en évidence les synéchies, les dépôts sur la cristalloïde, l'état de la périphérie du cristallin.

Elle permet de reconnaître une iritis, tantôt plastique, tantôt très fortement inflammatoire et même purulente, quelquefois d'une variété que je nomme *pigmentaire*. Je n'insiste pas sur la description des premières : la dernière est celle qui a été aussi nommée *uvéite* et qui affecte presque toujours une tournure clinique *froide*, tranquille (Quiet iritis d'Hutchinson). Je l'ai plusieurs fois observée dans le diabète. La pupille se dilate malaisément, mais l'iris n'est pas enflammé; par contre, d'énormes dépôts pigmentés existent sur le cristallin et peuvent même subsister après une iridectomie qui enlève l'iris sans sa *doublure* noire.

Le pronostic que ces diverses variétés, qui plus d'une fois ont conduit à l'examen des urines et ont révélé du sucre ignoré du médecin, du malade et de moi-même, est variable : la forme purulente est grave et peut malgré les soins, entraîner des accidents irrémédiables; elle peut toutefois aussi s'amender; la forme plastique est souvent *tenace*, bien plus tenace qu'une iritis ordinaire, mais je l'ai vue guérir, alors que d'autres cas étaient chroniques. Chez une de mes malades de Rueil, entre autres, il a fallu près d'un an, pour obtenir un résultat complet. Quelquefois il reste des synéchies, surtout inférieures, mais la vision est conservée, d'autres fois, on est conduit, à une période de rémission, à pratiquer une iridectomie qui, suivant les cas, a un résultat visuel excellent ou médiocre, mais qui presque toujours est d'une réelle utilité au malade en empêchant l'occlusion totale de la pupille. Le traitement, le régime influent sur ces iritis; mais il n'y a pas de véritable spécifique, bien que le salicylate de soude (Leber) ait plusieurs fois paru plus utile que d'autres remèdes.

Le glaucome et ses diverses formes peuvent se produire chez les diabétiques, et l'hypertonie survient quelquefois dans les suites de l'iritis ou des hémorrhagies rétiniennes.

4° *Le malade est atteint d'une ulcération cornéenne avec opacité visible.* — Des ulcérations graves de la *cornée*, se produisent souvent chez des diabétiques et au plus léger traumatisme. Ces faits sont connus aujourd'hui, réclament aussi l'examen des urines. Le traitement antiseptique, le sublimé en instillations, nous ont plusieurs fois permis d'arrêter la *panophtalmie* qui nécessiterait un curage préférable, ici plus que jamais, vu le mauvais état général, à l'énucléation. Des suppurations intra-oculaires, *spontanées*, hyalites, rétino-hyalites, chorio-rétinites, suivant les cas, ont pu également entraîner l'atrophie de l'œil. En somme, l'examen des urines s'impose toute les fois qu'une lésion s'accompagne d'une destruction *galopante*, presque *phagédénique*, de la cornée et des parties profondes de l'œil.

Nous avons vu plusieurs fois des éruptions *herpétiques* sur la cornée de diabétiques qui, d'eux-mêmes, nous signalaient leur diabète, mais des recherches sont nécessaires pour établir le plus ou moins de fréquence de ces excoriations chez les diabétiques, si prédisposés en général sur d'autres points du corps à des éruptions analogues.

Nous avons observé avec Gley le développement d'une kératite interstitielle double chez un chien rendu diabétique et cachectique par l'ablation du pancréas : mais nous n'avons vu jusqu'ici rien de pareil chez l'homme.

5° *Le malade est atteint d'une affection des annexes de l'œil.* — Un examen minutieux d'une conjonctivite *chronique*, de *blépharites*, d'*orgelets* et de *furonculose* palpébro-sourcilière à répétition, de

Digitized by Google

dacryo-cystites, de *phlegmons* palpébraux et orbitaires ou diffus gagnant le cuir chevelu avec une rapidité étrange, pourra quelquefois s'accompagner de l'examen des *urines* et de la découverte du sucre. Mais, d'autres fois, le malade préviendra déjà qu'il est *diabétique*. Le traitement général et le régime seront combinés à un traitement local *opératoire* et rigoureusement antiseptique.

Quoi qu'il en soit, il importe de découvrir assez rapidement la glycosurie ignorée chez les sujets atteints de lésions oculaires diabétiques. En prescrivant le régime et le traitement général, en renforçant le traitement local, on arrivera souvent à empêcher de *brusques* désastres, malgré la gravité de certaines lésions et leur marche insolite. Enfin dans d'autres cas, un examen précis *éloignera au contraire bien des inquiétudes* et permettra de porter un pronostic bénin, même en présence d'un trouble persistant, lorsqu'on connaîtra la *diversité* extrême des complications *tantôt malignes*, *tantôt insignifiantes*, qui peuvent atteindre l'œil des diabétiques.

Consultation Thérapeutique

Traitement du rachitisme

Exposé clinique. — Le rachitisme, à un point de vue pratique, présente à considérer, dans son évolution, trois périodes distinctes :

Dans une *première période*, que l'on peut dénommer *prodromique*, se plaçant quelques mois avant le début vrai de la maladie, qui survient vers la fin de la première année ou le commencement de la seconde, apparaissent des troubles variés, dont les principaux sont des symptômes de *dyspepsie gastro-intestinale* (diarrhée, constipation, vomissements, développement insolite du ventre), l'impossibilité de marcher, des sueurs locales, un endolorissement général de tout le corps, la pâleur du teint, la flaccidité des chairs. Dans quelques cas cependant, le rachitisme se développe très rapidement, sans être précédé de phénomènes prodromiques : c'est le *rachitisme aigu*, succédant alors presque toujours à une maladie aiguë.

Une *seconde période*, est celle de l'apparition des déformations du squelette : l'enfant *se noue*; ses épiphyses augmentent de volume, celles des malléoles et des poignets d'abord, puis celles des fémurs ; assez souvent, d'après Comby, la première lésion en date est le ramollissement et l'amincissement des os du crâne, autrement dit la craniomalacie ou le craniotabes. Puis les diaphyses à leur tour se ramollissent, et l'action des causes extérieures sur ces diaphyses provoque des déformations, qui s'accentuent de plus en plus, et sont encore augmentées par l'arrêt de développement que subissent certaines parties du squelette.

Dans une *troisième période* enfin, les lésions du rachitisme sont définitivement constituées : nous ne décrirons pas ici les déformations multiples du squelette ; nous rappellerons seulement qu'elles peuvent porter sur tous les os de l'économie, provoquant des modifications plus ou moins profondes dans la forme du crâne et de la face, du thorax, du bassin, des membres. Il est rare que toutes les lésions coïncident chez le même sujet : le plus souvent, il n'existe que quelques déformations, parfois une seule.

En résumé, et c'est une notion capitale dans la thérapeutique de la maladie, le rachitisme *se prépare* dans une première période, *s'accomplit* dans une seconde période, *est effectué* dans une troisième période.

La connaissance des *causes* du rachitisme, est également d'une grande importance pour son traitement ; indépendamment des conditions d'âge, d'hérédité, de climat, qui ne sont que prédisposantes, il existe des causes réellement efficientes : ce sont les troubles digestifs provoqués par une alimentation vicieuse, soit allaitement artificiel dans toutes ses variétés, soit sevrage prématuré, soit allaitement mixte.

Indications thérapeutiques. — Ces indications se tirent nettement, d'une part de l'évolution clinique de la maladie, d'autre part de ses causes. Dans la première période, alors qu'il n'existe encore que des troubles généraux et des troubles dyspeptiques, prodromiques des modifications osseuses, on devra mettre en œuvre un traitement prophylactique qui sera à la fois hygiénique et tonique, diététique et antidyspeptique : en même temps que par un régime alimentaire approprié on supprimera la dyspepsie, on mettra l'enfant dans les conditions de climat et d'hygiène les meilleures pour son développement régulier.

A la seconde période, alors que les troubles osseux sont en voie d'évolution, il faudra mettre en œuvre toutes les médications ; aux règles hygiéniques et diététiques, on adjoindra un traitement médicamenteux actif, qui aura pour but de fournir aux os les sels de chaux qui leur manquent ; on prescrira une hygiène spéciale, consistant à réduire au minimum l'action des causes extérieures sur le squelette, et à diminuer ainsi, autant que possible, l'étendue des déformations.

Lorsque la maladie atteint sa dernière période, lorsque les déformations osseuses sont définitivement constituées et persistantes, on mettra en œuvre une

Digitized by Google

thérapeutique spéciale, destinée à améliorer ou même à supprimer radicalement les déformations : la gymnastique, l'hydrothérapie, l'électrisation, l'orthopédie pourront remplir la première de ces indications, le traitement chirurgical remplira la seconde.

Traitement prophylactique. — La prophylaxie du rachitisme consiste surtout et presque exclusivement, comme nous l'avons vu, dans un *régime alimentaire* approprié; ce régime, commun d'ailleurs à tous les enfants du premier âge, consiste, si l'enfant est nourri au sein, dans des têtées espacées suffisamment et régulièrement (toutes les 3 heures); le sevrage ne doit pas être complet avant 15 ou 18 mois; il ne doit être commencé, partiellement, qu'au 12e mois, si le lait de la mère ou de la nourrice est en quantité suffisante; sinon, on peut, à partir du 5e mois, adjoindre du lait stérilisé au lait maternel, et à partir du 12e mois, des aliments d'une digestion facile (crèmes, soupes au lait, potages aux pâtes) (Comby).

Si, dès sa naissance, l'enfant reçoit un allaitement mixte, le lait adjoint au lait maternel doit être du lait stérilisé ; on prendra toutes les précautions aseptiques possibles pour éviter l'introduction dans le tube digestif des germes nuisibles (biberons et tétines soigneusement bouillis ou lavés à l'eau bouillie); on interdira l'usage d'autres aliments que le lait. Ce n'est qu'en cas de contrainte absolue qu'on devra recourir à l'allaitement artificiel.

Mais la prophylaxie par le régime alimentaire n'est pas tout, et il n'est pas inutile de mettre la nourrice et l'enfant dans les *conditions hygiéniques* les plus favorables : l'une et l'autre se trouveront bien de l'air pur, du séjour à la campagne, d'une habitation saine et aérée, protégée contre le froid, la trop grande chaleur, l'humidité, etc.

Traitement diététique et hygiénique. — Si les moyens prophylactiques n'ont pas été employés, s'ils ont été employés trop tard ou s'ils n'ont pas produit tout l'effet attendu, le rachitisme entre dans sa période active, dans la période des déformations ; à ce moment encore, l'alimentation et l'hygiène seront l'objet des plus grands soins de la part du médecin ; très souvent, ces deux moyens thérapeutiques, bien appliqués, suffiront à entraver l'évolution de la maladie.

L'enfant est-il encore au sein, il faut prescrire la continuation de l'allaitement, avec toutes les précautions précédemment indiquées (tétées espacées et régularisées, etc.). Si le sevrage est accompli, l'*hygiène alimentaire* consistera encore dans la régularisation des repas, qui seront réduits à quatre par jour, pris à intervalles égaux; il faut s'opposer à la tendance que les enfants rachitiques partagent avec la plupart des autres enfants, de manger et de boire à tout moment. Les aliments seront choisis parmi ceux qui sont le plus nutritifs sous un petit volume, parmi les plus digestibles, et aussi parmi les plus riches en phosphate de chaux ; on donnera donc du lait, des œufs, des plats composés de ces deux aliments (crèmes, potages au lait, etc.), des pâtes alimentaires en potages, des bouillies au pain, à la semoule, au tapioca, des purées de légumes secs et particulièrement de haricots, qui contiennent beaucoup de phosphate de chaux; pour la même raison, M. Bouchard prescrit de la cervelle, d'autres médecins préconisent le poisson bouilli. Le lait sera la boisson habituelle, pris en quantité modérée, afin d'éviter une dilatation de l'estomac.

L'*hygiène générale* du rachitique en évolution, consiste surtout dans la vie au grand air : le *climat marin* est particulièrement utile à la cure de la maladie, qu'il guérit souvent à lui seul, dans les formes légères. Mais, pour produire tous ses effets, cette cure doit être prolongée ; elle doit durer plusieurs mois, un ou deux ans même s'il le faut et jusqu'à guérison complète : en dehors du séjour au bord de la mer, elle consiste en bains de mer froids, ou en bains d'eau de mer chauds si l'enfant ne peut supporter les bains froids. Sous l'influence du séjour à la mer, l'état général du malade se relève rapidement, son appétit revient, ses forces augmentent, ses os se consolident. Si la cure marine ne peut être faite, soit pour cause d'impossibilité matérielle, soit parce que l'enfant ne peut supporter l'air de la mer, on la remplacera par une *cure thermale* à une source chlorurée sodique (Salies-de-Béarn, Salins du Jura, La Mouillère, Bex-en-Valais, etc.), ou par des bains salés quotidiens (2 kilog. de sel par bain). A l'action tonique des bains, on ajoutera avantageusement l'action stimulante de frictions sèches ou de frictions alcooliques faites sur tout le corps, deux ou trois fois par jour.

A cette hygiène générale, il faut ajouter une *hygiène spéciale* composée de toutes les précautions destinées à modérer ou à éviter les déformations osseuses : les enfants rachitiques ne doivent pas marcher ; ils ne doivent pas être portés sur les bras ; ils doivent rester autant que possible étendus dans la position horizontale, sur des matelas un peu durs, pouvant résister au poids du tronc; on les transportera dans une voiture allongée ou sur un brancard, afin qu'ils puissent garder cette position horizontale. Enfin, pour ceux atteints de cranio-tabes, on a recommandé l'usage, comme oreiller, d'un coussin de caoutchouc gonflé d'air, et percé d'un trou en son centre, afin d'éviter les pressions sur les os du crâne.

Traitement médicamenteux. — Le rachitisme ayant pour cause anatomique l'insuffisance des phosphates

Digitized by Google

calcaires dans l'organisme, on a de tout temps préconisé l'emploi du *phosphate de chaux* dans sa thérapeutique. Quoi qu'il en soit du mode selon lequel ce sel est assimilé par l'organisme, et malgré les résultats contradictoires fournis par l'expérimentation, c'est là un bon médicament. On peut le prescrire sous sa forme la plus simple, à l'état de *poudre d'os*, mélangée aux aliments de l'enfant, dans la proportion de 0,20 à 0,50 centigrammes par jour (J. Simon). Mais il est préférable d'employer des phosphates solubles : à cet effet, on peut donner à à l'enfant de 1 à 3 cuillerées à café par jour de *sirop de bi-phosphate de chaux*, de *chlorhydro-phosphate de chaux*. de *lacto-phosphate de chaux ;* on peut aussi employer le *glycéro-phosphate de chaux* à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes *pro die*. On peut enfin introduire dans l'alimentation des substances contenant une notable proportion de phosphate de chaux, cervelles, poissons, purées de légumes secs, sans oublier le *lait phosphaté* qui renferme de 5 à 7 grammes de ce sel de chaux par litre.

Kassowitz (de Vienne), en 1884, réintroduisit l'usage du *phosphore*, déjà préconisé par Trousseau, dans le traitement du rachitisme ; il le donnait à titre de médicament ischémique à petites doses, destiné à remédier à l'hyperémie chronique des épiphyses. A la suite de sa retentissante communication, nombre de médecins expérimentèrent le phosphore avec des résultats divers. M. Comby, après une longue expérience, conclut « que l'emploi judicieux du phosphore, à petites doses (1/2 à 1 milligramme par jour) est inoffensif, qu'il peut être utile, mais que ce n'est pas un traitement spécifique sur lequel on doive toujours compter. »

Trousseau prescrivait la formule suivante, à prendre en trois jours, étalée sur des tartines de pain :

Beurre frais	300 grammes
Iodure de potassium	0 gr. 15
Bromure de potassium	0 — 50
Chlorure de sodium	5 grammes
Phosphore	0 gr. 01

Kassowitz incorpore le phosphore à l'huile de foie de morue, ou à de l'huile d'amandes douces, dans la proportion de 10 centigrammes de phosphore par litre d'huile : donner 1 à 3 cuillerées à café, suivant l'âge de l'enfant.

Aux phosphates ou au phosphore, il est utile d'adjoindre des corps gras et des médicaments toniques. *L'huile de foie de morue*, quand elle est supportée, est le meilleur de ces médicaments : on la donnera pure, à la dose de 1 cuillerée à café par jour pour commencer, mais en augmentant rapidement et progressivement cette quantité, pour atteindre 4 ou 5 cuillerées à soupe par jour. On peut d'ailleurs l'utiliser comme véhicule pour le phosphore, comme nous l'avons vu, et pour le phosphate de chaux, comme le fait M. Marfan dans la formule suivante, à prendre à la dose de 4 cuillerées à café par jour :

Gomme adragante	5 grammes
Solution de lacto-phosphate de chaux à 50 p. 1000	150 —
Sirop de lacto-phosphate de chaux à 50 p. 1000	350 —
Huile de foie de morue	500 —
Alcoolature de zestes de citron	20 —

On peut remplacer l'huile de foie de morue, si elle est mal supportée, par le *sirop iodo-tannique* ou le *sirop d'iodure de fer*, mais sans dépasser une cuillerée à soupe par jour de chacun de ces sirops.

Tel est le traitement médicamenteux du rachitisme : il se réduit, comme on le voit, à l'emploi de trois médicaments, phosphate de chaux, phosphore, huile de foie de morue, ce dernier surtout étant de la plus grande efficacité.

Traitement chirurgical. — Si enfin, malgré les efforts combinés de l'hygiène, de la diététique et des médicaments, le rachitisme ne régresse pas complètement, et laisse à sa suite une ou plusieurs déformations, celles-ci peuvent devenir justiciables du traitement chirurgical, variable suivant les cas. Les os sont ils encore malléables, chez un enfant n'ayant pas dépassé 2 ans, on pourra tenter le *redressement manuel* sous chloroforme, suivi de la pose d'un appareil de maintien. Les os ont-ils acquis toute leur consistance, il faut recourir à l'*osteoclasie* ou à l'*ostéotomie*, toujours aidées d'un appareil de maintien.

Certains moyens thérapeutiques seront encore d'utiles adjuvants dans des cas particuliers : tels l'orthopédie. qui pourra suffire à redresser des déformations peu accentuées, l'électrisation des muscles qui leur rendra leur tonicité, le massage pratiqué dans le même but, la gymnastique et l'hydrothérapie. — Henry Bernard.

Formule d'administration de la quinine

1° Potion au sulfate de quinine :

Sulfate neutre de quinine	1 gr.
Extrait mou de quinquina	4 —
Sirop de punch	30 —
Eau	90 —
Eau de Rabel	II gouttes.

2° Lavement au sulfate de quinine :

Sulfate de quinine	0 gr. 60
Eau de Rabel	V gouttes.
Eau tiède	150 gr.
Laudanum de Sydenham	X gouttes.

3° Formule d'injections intra-veineuses (Baccelli) :

Chlorhydrate de quinine	1 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 75
Eau distillée	10 gr. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Rein mobile, pathogénie et indications opératoires

II. — Indications opératoires dans l'hydronéphrose intermittente du rein mobile. — 1° *Intervention chirurgicale dans l'hydronéphrose intermittente du rein mobile*,— L'hydronéphrose intermittente est une indication opératoire importante dans le rein mobile. Les chirurgiens ont proposé diverses interventions : ponction, néphrostomie, néphrectomie, pyélostomie, néphorrhaphie, néphropexie.

Bazy (1893) commence en France les opérations autoplastiques.

Legueu (1895) trouve que dans l'hydronéphrose intermittente du rein mobile l'opération de choix, au début, est la néphropexie : plus tard, s'il y a récidive, infection ou un rein altéré profondément ou immobilisé, on préférera la néphrectomie.

Albarran (1896) conseille la néphrostomie avec cathétérisme urétéral et la néphrorrhaphie.

Guyon et Albarran (1897) démontrent la valeur physiologique des poches de rétention rénale et l'intérêt de leur conservation. En 1898, ils conseillent dans les uronéphroses la néphrostomie, le cathétérisme urétéral, la néphrorrhaphie et les opérations autoplastiques (urétéropyélonéostomie, urétérotomie). La valeur sécrétoire des poches uronéphrotiques en apparence inutiles et détruites, se vérifie quand un malade déjà néphrectomisé d'un côté, vit avec une poche néphrostomisée de l'autre. Ils insistent sur la valeur diagnostique du cathétérisme urétéral qui permettra de juger la valeur des deux reins et d'épargner au malade une néphrectomie fatale.

Duret (1899) fait la néphropexie quand l'hydronéphrose est récente et nettement en relations avec le rein mobile.

Tuffier (1899) vérifie l'uretère par le cathétérisme urétéral : si la coudure urétérale est réductible, il fait la néphrorrhaphie ; si cette coudure est irréductible, il fait une opération autoplastique et, en cas d'impossibilité de celle-ci, la néphrectomie.

Albarran (1899) essaie d'abord le cathétérisme urétéral ; il fait la néphropexie, avant laquelle il place par les voies naturelles une sonde dans l'uretère pour pouvoir vérifier, au cours de l'opération, les rapports de l'uretère et du bassinet ; suivant ce qu'il trouve alors, il se limite à la néphropexie ou bien la complète par une opération autoplastique. Il revient en 1900 sur l'importance de ce temps dans l'opération de la néphrorrhaphie.

Michon et Pasteau (1900) ont traité par le cathétérisme urétéral répété de petites rétentions rénales du rein mobile ; ils réservent la néphropexie aux cas où ce traitement a échoué.

Bazy (1900), Legueu (1900), sont partisans des opérations autoplastiques, ainsi que Küster (1900), qui fait l'opération autoplastique même dans les cas où l'autre rein étant parfaitement sain, on pourrait être tenté de faire la néphrectomie.

2° *Le cathétérisme urétéral comme indication dans le traitement du rein mobile.* — Le cathétérisme urétéral est un adjuvant précieux : il a permis à Michon et Pasteau de voir que la sécrétion des urines était déjà troublée et qu'il se produisait déjà de petites rétentions rénales (de 7 à 40 grammes), dans les petites crises douloureuses bien localisées au rein mobile, et suivies des accalmies caractéristiques de l'hydronéphrose intermittente vraie dont elles sont le prélude.

Les objections dont cette exploration a été passible, surtout l'infection possible, ne sont guère applicables dans l'hydronéphrose intermittente du rein mobile où l'on a d'ordinaire à traiter des sujets non infectés, à vessie saine ; on ne risque pas d'infecter les sondes dans la traversée vésicale et par suite l'uretère et la poche hydronéphrotique. Si la vessie était malade, il semble qu'il vaudrait mieux ne pas risquer la possibilité d'une infection pyélorénale.

Dans l'hydronéphrose intermittente du rein mobile, le cathétérisme urétéral permet de faire le diagnostic de la rétention rénale, de vérifier l'état de l'uretère. Albarran a noté que la sonde urétérale arrêtée dans l'uretère retrouvait le chemin libre quand on réduisait le rein, ce qui effaçait la coudure de l'uretère. Dans ces cas, l'indication est bien de fixer le rein par la néphropexie. La sonde dira aussi si l'uretère est rétréci et s'il ne convient pas de traiter ce rétrécissement pour rendre ultérieurement possible une opération autoplastique reconnue nécessaire. Elle dira encore si l'uretère n'est plus perméable, mais il faut pour s'en assurer laisser la sonde à demeure un temps assez long pour recueillir de l'urine, car des valvules peuvent empêcher la libre progression de la sonde vers le bassinet, tout en laissant descendre l'urine : si la sonde recueille de l'urine, on est sûr que l'uretère est perméable ; si la sonde n'en recueille pas, il faut penser que l'uretère est fermé (après s'être assuré du bon état de la sonde).

L'analyse de l'urine recueillie par la sonde permet aussi de dire s'il y a ou non hydronéphrose. Toutes les fois, dit Albarran, que l'urine de la sonde placée

Digitized by Google

dans le bassinet et celle de l'urine recueillie dans la vessie ont une composition identique, on peut affirmer qu'il n'y a pas d'hydronéphrose. Pour une analyse complète établissant la valeur secrétoire de la poche (analyse chimique totale, analyse par le bleu de méthylène (Achard et Castaigne, Bazy, Albarran, etc.), il faut recueillir l'urine des 24 heures. On saura ainsi, par l'analyse séparée de l'urine des deux reins, la valeur physiologique du rein supposé sain, et on pourra poser d'une façon plus précise les indications d'une opération conservatrice ou d'une opération radicale, et les contre-indications de toute intervention chirurgicale.

Ce cathétérisme peut encore être thérapeutique et assurer la guérison dans les premières périodes de l'hydronéphrose intermittente. (Schwartz et Imbert, Albarran, Michon et Pasteau, Pawlik, etc.). Si l'hydronéphrose dépend bien de la mobilité du rein, la néphropexie reprendra ses droits.

Pendant l'opération de la néphropexie, Albarran conseille de placer une sonde urétérale à demeure, par les voies naturelles, pour juger des rapports de l'uretère et du bassinet et de la nécessité d'une opération complémentaire. Même dans les cas d'infection pyélique, surtout d'infection descendante, le cathétérisme urétéral, comme Gosset (1900) l'a montré, est important, à condition que la vessie soit saine. Il permet aussi de juger de la valeur de l'uretère et de l'utilité d'une opération autoplastique secondaire qu'on peut voir devenir utile postérieurement à une première néphropexie.

3° *Choix de l'opération.* — Le cathétérisme de l'uretère est donc un excellent moyen de fixer les indications opératoires dans l'hydronéphrose intermittente, il faut savoir s'en servir ; il faut aussi pouvoir s'en passer, soit que les conditions de la vessie le rendent impossible, soit que, par défaut d'outillage, on ne puisse l'appliquer.

On s'en rapportera alors à l'étude de la tumeur hydronéphrotique par les procédés plus simples, parmi lesquels la phonendoscopie par la méthode de Bianchi aidera à différencier la tuméfaction rénale des collections ou tumeurs hépatiques ou vésiculaires, des affections kystiques de l'abdomen ou des annexes de l'utérus. Avant tout, l'exploration méthodique avec les règles établies par Guyon, Glénard, Israël, la recherche de ces crises caractéristiques de douleur rénale ou irradiée, d'augmentation de volume, d'oligurie, suivies de débâcle urinaire amenant la disparition de la tumeur et de la douleur, la constatation très nette du rôle de la station debout, de la marche, de la fatigue pour provoquer la crise, comme de l'influence du décubitus horizontal et des différentes positions, souvent bien indiquées par le malade lui-même, qui connaît la meilleure attitude à prendre pour réduire son rein · la répétition de ces crises accompagnées de la constatation physique d'une tumeur rénale mobile, rénitente, s'effaçant parfois complètement quand on l'a réduite, tout cela peut suffire à poser l'indication de l'opération.

Il faut intervenir s'il n'y a pas de contre-indications formelles.

A moins d'urgence absolue, comme dans certains cas immédiatement menaçants d'étranglement rénal ou d'anurie prolongée dans l'hydronéphrose intermittente, dans lesquels la vie du malade est menacée d'une manière pressante et où l'opération de nécessité s'impose, on attendra un intervalle de calme, pour donner au malade toutes les garanties de bénignité et de sécurité.

L'opération de choix, sauf peut être pour les très vieilles et très grosses hydronéphroses, qui d'ailleurs souvent ont perdu les caractères de l'hydronéphrose intermittente, est une opération par la voie lombaire.

En principe, c'est la néphropexie qu'il faut faire ; plus tard la fixation du rein ne suffit pas, il faut évacuer la poche, plus tard enfin des opérations complémentaires deviennent nécessaires.

Ce n'est bien souvent qu'au cours de l'opération que l'on posera les indications opératoires nouvelles que vont donner les constatations faites sur l'état du rein, du bassinet, de l'uretère.

Il faut, dans cette néphropexie lombaire, dégager le rein de sa capsule adipeuse, temps assez minutieux, aller vers le hile, explorer complètement le rein, le bassinet et l'uretère.

Dans le cas d'hydronéphrose au début, où l'on voit le rein en fer à cheval ou en langue de chien, et où le volume n'est pas trop grand, on arrive assez facilement sur l'uretère qu'on trouve courbé en arc, quelquefois coudé, mais sans dilatation ni brides fibreuses. Le rein étant remonté, la poche s'affaisse, car le liquide retenu s'est écoulé par l'uretère redevenu perméable, le bassinet revient bien sur lui-même : il ne reste pas de poche pyélique proprement dite. A ces cas suffit la simple néphropexie, à condition qu'elle soit faite avec le soin de bien fixer le rein dans toute sa hauteur pour éviter les petits déplacements secondaires, causes de douleurs nouvelles par hydronéphrose partielle, comme Walther et Albarran en ont observé.

Dans les hydronéphroses plus volumineuses, il faut, avant de chercher à fixer le rein, évacuer le liquide par ponction, ou mieux, par néphrotomie.

Ceci fait, on vérifiera l'état de l'uretère.

Celui-ci peut être fixé par des brides ou des tractus fibreux comme Rafin (de Lyon) en a observé un cas en 1899. L'uretère présentait une série de flexuosités rendues fixes par des brides externes que Rafin sectionna, ce qui lui permit de rendre à l'uretère sa perméabilité et de vider aisément le bassinet. Cette

Digitized by Google

urétérolysorthose, comme l'appelle Rochet, guérit le malade, chez lequel avait échoué une néphrorrhaphie et une néphrotomie antérieures.

Il est souvent nécessaire d'agir autrement.

Mais d'abord la recherche de l'uretère peut offrir des difficultés particulières : on sait combien est pénible parfois, au cours des interventions pour ancienne hydronéphrose, surtout pour ancienne hydropyonéphrose, la recherche de l'uretère et plus spécialement de son orifice dans le bassinet. La néphrotomie faite largement, le rein bien étalé dans la main du chirurgien, il peut être impossible de trouver l'orifice urétéral et d'en faire le cathétérisme rétrograde : toutes les fois que ce cathétérisme est possible, il faut le faire, mais dans les cas où il ne peut être pratiqué, on aura avantage, si on le peut, à faire comme Albarran, le cathétérisme par les voies naturelles. Albarran, avant de faire l'incision lombaire, place dans l'uretère une sonde qui lui permet pendant son opération de retrouver le conduit urétéral, de faire sur lui les manœuvres qui peuvent être nécessaires, et en faisant remonter la sonde, de vérifier le point d'abouchement de l'uretère dans la cavité du bassinet.

C'est qu'en effet de la constatation des rapports réciproques de l'uretère et du bassinet, de l'ouverture de celui-là dans celui-ci, de l'état de l'uretère lui-même vont naître des indications opératoires spéciales qui ne peuvent guère se poser qu'à ce moment.

A. — Si l'uretère s'implante obliquement dans le bassinet et qu'à son extrémité supérieure il présente une valvule, un éperon entre le bassinet et lui, on pourra :

a) Sectionner l'éperon simplement (Fenger).

b) Ou bien sectionner l'éperon, puis suturer chacun des bords de la plaie perpendiculairement à la ligne de section pour avoir une large ouverture (Trendelenburg, Bardenheuer).

B. — Si l'uretère s'implante trop haut sur la poche du bassinet, s'il laisse au-dessous un cul-de-sac déclive qui ne peut se vider, on pourra insérer l'uretère au point déclive du bassinet, réduire la poche pyélique pour la ramener au niveau de l'uretère et supprimer le cul-de-sac ; sectionner sur toute la longueur de l'accolement l'uretère et le bassinet, suturer les parois respectives urétéro-pyéliques le long de la fente pour avoir une longue et large anastomose urétéro-pyélique (Bardenheuer) ; enfin s'il reste ensuite une poche déclive après ces opérations, il faut la réséquer (Albarran).

C. — S'il y a une coudure fixe de la portion supérieure de l'uretère irréductible par le procédé de l'urétérolysorthose de Rafin, on fera l'urétéropyélonéostomie que Bazy a faite le premier en France, et qu'avaient faite Küster, Wœller, von Hœck et Bardenheuer.

D. — Si l'uretère est rétréci à sa partie supérieure, on fera l'urétérotomie et l'urétéroplastie en sectionnant longitudinalement l'uretère et en suturant perpendiculairement les lèvres de l'incision (Fenger, Albarran).

E. — Dans tous ces cas on peut se contenter de faire l'anastomose latérale de l'uretère au point déclive de la poche (Helferich, Delbet, Albarran).

Toutes ces opérations sont longues, délicates ; elle sont sans doute plus favorables dans les hydronéphroses où il n'y a pas d'infection que dans les hydropyonéphroses. Mais avant de les pratiquer, il faut être sûr de l'état général du sujet, pour éviter le choc opératoire ; il faut être sûr du bon fonctionnement de l'autre rein pour éviter l'anurie par réflexe inhibitoire ; il faut être sûr aussi de l'intégrité de l'uretère dans sa partie inférieure.

On ne pratiquera pas ces longues opérations au cours d'une crise douloureuse, à chaud comme l'on dit. On calmera la crise par le repos, le décubitus, les calmants médicaux appropriés, par la réduction de la tumeur mobile, au besoin par le cathétérisme urétéral, qui a donné de beaux résultats à Albarran et à Pasteau ; plus tard on fera l'opération à froid.

Assez souvent aussi, ce n'est pas dans une première intervention qu'on pratiquera les opérations autoplastiques ; elles deviennent des opérations secondaires ; après une néphrotomie et une néphropexie, lorsque le malade demande à être délivré de la fistule de la néphrostomie ces opérations autoplastiques indiquées pour remplacer la néphrectomie secondaire, seule admise autrefois.

Dans l'hydronéphrose intermittente du rein mobile, la néphrostomie, avec fixation de la poche, devient l'opération de nécessité dans un certain nombre de circonstances :

a) Lorsque la lésion est double et déjà assez avancée pour que la seule néphropexie soit insuffisante.

b) Lorsque l'on a pu se rendre compte de l'état de l'autre rein.

c) Lorsque l'autre rein est très malade, ou lorsqu'il a été enlevé par une néphrectomie antérieure — ou lorsqu'on soupçonne un rein unique.

d) Lorsque l'état général du malade (état d'anurie avec subcoma, état général précaire) commande une intervention immédiate pour lever l'anurie.

Plus tard, lorsque l'état du malade sera amélioré, on pourra songer aux opérations autoplastiques si les autres conditions sont favorables. On les fera comme opérations complémentaires, surtout si l'hydronéphrose n'est plus aseptique et devient uropyo-

Digitized by Google

néphrose, a fortiori s'il s'agit d'une pyonéphrose.

La néphrectomie a des indications beaucoup plus restreintes, d'autant plus que la technique des opérations autoplastiques pyélo-urétérales se perfectionne. On la réserve aux cas anciens où la poche hydronéphrotique a perdu toute valeur sécrétoire, et à ceux où l'autre rein étant manifestement sain, le rétablissement du cours des urines par l'uretère est reconnu impossible.

L'hydronéphrose peut s'infecter : elle l'est à un faible degré (uropyonéphrose) et son traitement reste sensiblement celui de l'hydronéphrose, ou bien elle est profondément infectée et devient une pyonéphrose vraie; celle-ci doit être traitée comme les pyonéphroses en général, et la notion de la mobilité du rein passe à l'arrière-plan. Les opérations conservatrices sont indiquées dans cette catégorie de pyonéphroses.

III. Contre-indications— Ce sont d'abord les mêmes que pour toute intervention chirurgicale : l'âge avancé du sujet, son mauvais état général, l'existence d'une affection organique du cœur, du puomon ou d'un autre viscère, le diabète, l'albuminurie vraie : pour ce dernier cas, il faut distinguer, car Menge (de Leipzig) a signalé les albuminuries transitoires que peuvent provoquer l'exploration et les palpations répétées du rein dans une même séance d'examen ; le soir, apparaît de l'albuminurie qui est transitoire, car le repos de l'organe la fait disparaître. C'est une albuminurie mécanique qui ne constitue pas une contre-indication comme le fait celle du mal de Bright.

L'état cachectique du malade est souvent une contre-indication, il faut pourtant examiner avec soin si la néphroptose n'y joue pas un rôle prépondérant ; Bazy, dans ses observations de cachexie néphroptosique, a montré que l'opération donnait dans ces cas de bons résultats, quoique les effets immédiats puissent paraître décevants, la guérison se produit par la suite.

L'état mental ou nerveux de la malade, qui est le plus souvent une contre-indication opératoire, ne l'est pas d'une façon absolue. Il faudra toujours essayer d'abord le traitement orthopédique, mais en cas d'échec de celui-ci, l'état mental ou nerveux du malade ne sera pas toujours une contre indication opératoire si l'on peut établir le rôle générateur de la néphroptose. Le pronostic sera pourtant réservé au point de vue des résultats définitifs.

Ce qui a été dit de la forme dyspeptique du rein mobile dispense de revenir sur les contre-indications fournies par l'entéroptose ou les autres affections digestives dans le rein mobile (1).

(1) Extrait du rapport de M. Chevalier présenté à l'Assoc. franç. d'urologie le 24 octobre 1901.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De la médication cacodylique. — C'est en sa qualité de praticien que Gallois a expérimenté la médication cacodylique; son opinion ne nous en est que plus précieuse (*Société de thérap.*). M. A. Gautier recommande d'administrer l'acide cacodylique plutôt par la voie hypodermique. Dans la clientèle de ville, ce mode d'administration est assez difficile à faire accepter; aussi est-ce surtout par la voie buccale que M. Gallois a fait prendre le médicament, suivant cette formule, déjà indiquée par M. Danlos.

Cacodylate de soude		2 grammes
Rhum	aa	20 —
Sirop simple	aa	20 —
Eau distillée		60 —
Essence de menthe		9 —

Une cuillerée à café à chaque repas, pendant 10 jours ; puis 10 jours de repos pour reprendre ensuite de la même façon.

Jamais il y a eu d'intolérance ou de phénomène d'intoxication. Un ou deux malades tout au plus ont été incommodés par l'odeur alliacée de l'haleine. En général, les malades signalent une augmentation de l'appétit et plusieurs ont déclaré se sentir plus vigoureux.

M. Gallois a essayé la médication cacodylique dans diverses affections.

Dans la tuberculose pulmonaire, c'est elle qui relève le mieux l'appétit des malades, favorise la résistance de l'organisme, jusqu'à permettre la guérison dans quelques cas, ou tout au moins retarder l'évolution de la maladie.

Le catarrhe bronchique des sujets au-dessus de 40 ans est très favorablement influencé par le traitement cacodylique, qui peut même amener la guérison complète, comme M. Gallois en a observé des exemples.

Par contre, dans les dermatoses, sauf pour un cas d'eczéma, dans le diabète, les adénites d'origine strumeuse, le cacodylate n'a donné que des résultats nuls ou de peu d'importance.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Abcès de la rate. — Le diagnostic des abcès de la rate est, le plus souvent, très difficile. Lorsqu'il s'agit d'abcès splénique vrai n'ayant pas encore déterminé de périsplénite suppurée, il est possible, en présence d'une splénomégalie devenue douloureuse et accompagnée de phénomènes généraux d'infection, de penser à un abcès splénique. Encore, si l'apyrexie est complète, peut-on croire à une tumeur splénique.

Digitized by Google

Les difficultés sont bien plus grandes quand il existe de la périsplénite suppurée. L'abcès peut donner lieu aux méprises les plus variées, suivant son volume, son siège et surtout suivant le sens dans lequel il sera porté, plèvre, rein, bassin. Ce qui complique encore ces difficultés, c'est que ces périsplénites peuvent avoir pour point de départ des lésions étrangères à la rate.

L'appendicite doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie des abcès de la rate et nous avons trouvé trois faits de ce genre.

Enfin, certaines collections purulentes observées au voisinage de la rate et à l'ouverture desquelles on trouve une déchirure de l'organe, doivent être étudiées comme accidents tardifs des ruptures sous-cutanées de la rate.

Quelle conduite tenir en présence d'un abcès de la rate ? On a eu recours, suivant les cas, tantôt à l'incision pure et simple, tantôt à la splénectomie.

Relativement à cette dernière, nous devons dire que, sur les dix cas que nous connaissons, on n'est jamais parti d'emblée pour faire la splénectomie sur le diagnostic ferme d'abcès de la rate.

Une fois le diagnostic d'abcès de la rate établi, on devra inciser sans attendre. Lorsque la collection se présente au-dessous des fausses côtes, dans la région du flanc, l'incision n'offrira évidemment pas de difficultés ; mais pour que la collection puisse arriver assez bas pour permettre une intervention commode, on a souvent temporisé, d'où retentissement possible sur la plèvre, ouverture dans des organes limitrophes. Cette pratique est absolument à rejeter, et il faut ouvrir dès que l'abcès est diagnostiqué. On n'a évidemment plus la même facilité lorsqu'il s'agit d'un abcès abrité dans l'hypocondre gauche ou lorsque la périsplénite, évoluant surtout vers le haut, refoule plus ou moins le diaphragme. Alors la tuméfaction, l'œdème se montrent au niveau des côtes et un peu dans la région du flanc, indiquant que l'abcès se trouve derrière la paroi costale. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à s'attaquer aux côtes, ainsi que l'ont fait plusieurs chirurgiens.

Une fois le foyer ouvert, on se comportera suivant les circonstances et il sera indiqué, si la rate est criblée d'abcès, d'en faire l'extirpation atypique à la curette.

Quand, en incisant l'abcès, on n'aura pas rencontré le tissu de la rate et qu'il s'agira manifestement d'un abcès périsplénitique, il sera prudent de n'explorer la cavité qu'avec la plus grande douceur. Il semble recommandable, dans les abcès périsplénitiques, de ne pas chercher la rate. Mais si celle-ci est libre dans le foyer et si elle est altérée, il y a indication de l'enlever, surtout si elle n'est pas fixée par des adhérences dont la rupture pourrait être dangereuse.

Il faudra, lorsque la rate n'est plus qu'une éponge purulente, procéder à l'ablation de l'organe. Mais cette splénectomie pourra, parfois, être contre-indiquée par des adhérences trop nombreuses et trop résistantes, et il vaudra mieux recourir à la splénectomie avec marsupialisation.

Dans l'espèce, la dissociation des adhérences offre des dangers considérables d'inoculation du péritoine par la déchirure possible des parois de l'abcès, même lorsqu'il a été préalablement vidé par une ponction. De plus, il sera prudent, quand on pratiquera la section du pédicule, de le faire entre deux ligatures ou entre deux pinces. Le sang qui s'écoule d'une rate infectée et farcie d'abcès doit posséder un pouvoir septique considérable. — Février *(Cong. de chir.)*.

TOXICOLOGIE

L'empoisonnement aigu par la cocaïne. — La question de l'empoisonnement par la cocaïne emprunte aux discussions actuelles sur l'analgésie par la voie rachidienne, un intérêt tout particulier. Le Dr E. Bour (*Thèse de Paris*, 1901), a rassemblé les cas d'empoisonnement publiés dans tous les pays ; il arrive à cette conclusion que la dose toxique varie suivant les individus, et aussi pour chaque individu, car il faut tenir compte du mode d'application de la cocaïne et de l'état des tissus qui subissent son contact.

On sait, en effet, que « la cocaïne est un poison universel, agissant sur les éléments pour les exciter d'abord, pour les paralyser ensuite ». (Dastre) Toutefois, elle agit de façon différente suivant son mode d'introduction dans l'organisme. En ingestion et en injection intraveineuse, elle provoque des phénomènes d'excitation psychique et motrice, suivis de rémission brusque, d'insensibilité, et quelquefois de coma et de mort. On observe dans tous les cas une *vaso-constriction* généralisée, avec élévation de la pression artérielle. L'intensité de ces symptômes, d'ordre général, varie avec la dose employée. La dose toxique, administrée par les voies précédentes, est d'autant plus faible que la température normale et le poids du système nerveux sont élevés. Ainsi, par kilogramme de poids, la dose convulsivante est, chez le lapin, de 0,18 centigr., et chez l'homme, de 0,002 à 0,003 milligr.

L'auteur a rassemblé 69 cas d'intoxication, dont 16 mortels. Dans plusieurs d'entre eux, l'état syncopal dominait la situation. D'ailleurs, l'empoisonnement, se traduisant d'emblée par la pâleur des téguments et la tendance à la syncope, est d'un pronostic grave en général. A part les cas de suicide et ceux d'in-

Digitized by Google

toxication par badigeonnages et pulvérisations, (procédés dangereux, car on ignore la quantité de cocaïne absorbée), on voit que, presque toujours, la cocaïne avait été employée à dose thérapeutique (solution à 1 0/0 ; 0,05 à 0,10 centigr., au maximum). Mais, très souvent, on avait omis les précautions d'usage : maintenir le malade couché pendant l'intervention et pendant les deux ou trois heures suivantes.

Les accidents observés malgré l'emploi de ces précautions ne peuvent être attribués qu'à des susceptibilités individuelles, à la peur, ou à un état névropathique prédisposant à la syncope, éléments dont il faudra toujours tenir compte. Mais, somme toute, il n'existe pas d'empoisonnement grave survenu à dose thérapeutique, lorsque la technique recommandée a été suivie.

En présence d'une intoxication aiguë, il faudra d'abord coucher le malade, car le plus grand danger est la syncope. On fera respirer immédiatement du nitrite d'amyle (vaso-dilatateur, antagoniste énergique de la cocaïne). Puis on pourra donner du café noir, faire des piqûres d'éther, frictionner le corps et prescrire des boissons et des médicaments diurétiques, pour hâter l'élimination du poison par les différents émonctoires. — P. B.

CLINIQUE MÉDICALE

La syphilis du cœur. — Nous n'avons pas la prétention d'épuiser la question dans cet article ; pour son étude complète nous renvoyons nos lecteurs à la thèse de M. Deguy (Paris 1900), et nous nous contenterons de signaler les points principaux d'une conférence que Rosenthal vient de faire à Berlin sur la syphilis du cœur (*Therap. Monatshefte*, 1901). Cette localisation de la syphilis n'est pas aussi rare qu'on le pense. Elle peut apparaître dès la période des éruptions ; là elle se révèle par de la tachycardie, des palpitations, de l'arythmie, et souvent par un souffle systolique passager. Le moment toutefois où elle est le plus fréquente, est de la deuxième à la quatrième année. Elle s'attaque rarement au péricarde ou à l'endocarde : c'est le myocarde qui est son lieu d'élection. Elle y produit des gommes ou des lésions inflammatoires interstitielles. Les premières peuvent aboutir à des foyers de sclérose, ou bien elles peuvent subir la dégénérescence caséeuse ou crétacée. Le foyer caséeux peut percer vers l'endocarde et donner lieu à des anévrysmes du cœur avec leurs conséquences — thrombose, embolies, rupture du cœur. L'inflammation interstitielle syphilitique aboutit à la sclérose cardiaque avec ses diverses modalités.

Hallopeau a décrit une angine de poitrine syphilitique, qui dépendrait d'une lésion spécifique des fibres sympathiques des plexus nerveux du cœur, se manifestant par de la tachycardie, arythmie, palpitations et oppression.

Les émotions, les intoxications tabagique et alcoolique, le surmenage, ou encore des lésions valvulaires ou artérielles préexistantes prédisposent le cœur du syphilitique à être atteint. Ces raisons rendent la syphilis redoutable pour le cœur de personnes d'un certain âge. On assiste parfois à des morts subites d'origine cardiaque, qui ne s'expliquent que par la syphilis ayant évolué sans symptômes subjectifs. Mais la plupart de ces malades se plaignent néanmoins de sensations pénibles d'origine cardiaque, de douleurs ou de gêne épigastriques, d'oppression, de palpitations, de vertiges, ou encore de catarrhe des bronches. Des accès de palpitations ou de dyspnée dans la première partie de la nuit sont suspects, et tout syphilitique en traitement doit être questionné à ce sujet par son médecin.

Rosenthal considère le pronostic comme favorable, pourvu que les lésions interstitielles ne soient pas trop anciennes. Il conseille une cure de frictions ou d'injections mercurielles, sans redouter l'anémie qui serait une contre-indication d'après certains auteurs. Il déconseille par contre l'iodure de potassium, redoutant l'effet de la potasse sur le cœur malade, et préfère la teinture d'iode à la dose de quinze à vingt gouttes par jour dans de l'eau alcoolisée ou dans de la bière. Il aurait eu de très bons résultats par des injections hypodermiques d'iodipine, une combinaison chimique stable d'iode et d'huile de sésame, contenant 0 gr. 30 d'iode par centimètre cube. Il recommande les cures antisyphilitiques intermittentes qui évitent ces cardiopathies et les anévrysmes vasculaires. A ce sujet il cite Langenbeck, d'après lequel 50 0/0 des anévrysmes aortiques seraient d'origine syphilitique, et Malmsten qui donne une proportion de 80 0/0. Les médicaments cardiotoniques seront donnés selon leurs indications habituelles.

Voici du reste une observation de Zydlowicz, de Cracovie, qui illustre bien différents points de ce qui précède (*Klin. therap. Wochenschrift*). Un employé de tribunal, un peu alcoolique, ayant acquis la syphilis en 1883, présenta de 1890 à 1892 des accès transitoires de palpitations. En juillet 1892, pendant une période d'instruction militaire, il fut pris subitement d'une syncope profonde avec palpitations. Depuis, les accès de palpitations devinrent de plus en plus fréquents, et se compliquèrent de vertige et une fois d'aphasie transitoire pendant trois jours. L'état général déclina, si bien qu'en 1898 le malade dut se faire recevoir à l'hôpital. On y constata des accès d'une violence extrême ; le malheureux, cyanosé,

Digitized by Google

était inondé de sueurs ; il tenait la bouche ouverte, sa face exprimait l'angoisse la plus terrible ; sa respiration était des plus pénibles ; la poitrine était pleine de râles et de sifflements ; il se jetait à genoux, se cramponnait au bois de son lit, le corps penché en avant. Son pouls était très faible et battait de 140 à 150 fois à la minute. Il crachait du sang en abondance. A l'examen, le cœur était dilaté ; à la pointe existait un souffle au premier temps, et au foyer aortique un souffle diastolique. A la base du poumon droit on trouva un infarctus. Le foie atteignait le niveau du nombril avec son bord inférieur, et la rate était augmentée du triple de son volume. Les urines rares — 700 gr. par 24 heures — contenaient de l'albumine. Les chevilles étaient œdématiées. Toutes les muqueuses étaient très pâles.

Malgré cet état tout à fait précaire et convaincu de ne rien pouvoir gâter, M. Zydlowicz soumit le malade à des frictions mercurielles, et il eut la satisfaction de voir renaître cet homme à la vie. Les symptômes d'asystolie rétrocédèrent sans médication cardiotonique, et à la fin de la cure il ne resta qu'un léger souffle systolique à la pointe. Le malade avait gagné douze kilos. Depuis plus de deux ans il continue à jouir d'une santé parfaite.

Le diagnostic est le suivant : myocardite syphilitique diffuse interstitielle, avec propagation à l'endocarde, compliquée d'aortite syphilitique. L'alcoolisme du sujet est à incriminer comme cause prédisposante. — Bd.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La peste à bord du « Sénégal » — Une quarantaine au Frioul — M. Bucquoy fait le récit de la mésaventure dont furent victimes, en septembre dernier, les passagers du *Sénégal* partis en croisière pour visiter les échelles du Levant. Le voyage, organisé par le directeur de la *Revue des Sciences*, et comptant parmi ses passagers des personnes telles que M. R. Poincaré, ancien ministre ; M. P. Picard, membre de l'Institut ; MM. les Drs Bucquoy, Chauffard, Demons, de Bordeaux ; Bernheim, de Nancy, etc... fut interrompu deux jours après le départ de Marseille, un cas suspect de peste s'étant déclaré à bord sur un homme de l'équipage. Parti le 14 septembre, le *Sénégal* rentrait le 18, au lazaret du Frioul.

Le matelot, atteint de peste, fut transporté à l'hôpital et succomba le lendemain, sans qu'une injection de sérum de Yersin ait pu lui être faite en temps utile, aucun flacon de ce précieux liquide n'existant à bord du *Sénégal*.

Malgré les énormes dépenses faites au lazaret du Frioul, les installations y étaient plus que rudimentaires : il n'existait que 6 serviteurs pour recevoir 174 passagers de première classe ; aucun service n'y était organisé. Les passagers du *Sénégal* restèrent encore à bord deux jours, pendant lesquels un second matelot fut atteint de peste et guérit, grâce aux injections de sérum pratiquées dès l'apparition des premiers symptômes.

Les malheureux passagers furent à leur tour débarqués, et grâce à des inoculations préventives, aucun cas de peste ne se déclara parmi eux. Après avoir été tenus en observation pendant 8 jours au Frioul, dans des conditions les plus exemptes de tout confortable, après que leurs bagages eussent été désinfectés, ils furent mis en liberté, sans qu'ultérieurement aucun cas de peste apparût parmi eux.

L'histoire d'un bateau, partant indemne en apparence d'un port non infecté et obligé d'y rentrer à bref délai pour y subir une quarantaine, paraît tout d'abord singulière. Cependant le *Sénégal* était parti 17 jours plus tôt d'Alexandrie, où régnait la peste ; et, si l'on avait visité le navire de fond en comble, on eût pu voir que la soute au linge sale était remplie de rats morts de la peste. Cette visite fut faite ultérieurement, mais il était trop tard.

Un autre sujet d'étonnement pour les médecins a été de constater qu'au lazaret du Frioul, pas plus que sur le *Sénégal*, il n'existait de sérum antipesteux, et que l'on dut en faire venir de Paris pour les inoculations préventives.

Le hasard, qui quelquefois fait bien les choses, a voulu qu'un certain nombre de médecins des plus autorisés puissent constater, par une expérience personnelle, comment le service sanitaire était organisé sur nos grands paquebots et dans notre principal Lazaret ; espérons que les choses se passeront mieux à l'avenir. *(29 octobre.)*

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de l'utérus, de la vulve et du vagin, par G. Richelot, prof. agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. (de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine)*, chez O. Doin, éditeur. Prix 7 francs.

Voici un livre que nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs, car nous n'avons à en dire que le plus grand bien. D'ailleurs, le nom de l'auteur seul suffit à en indiquer la valeur, M. Richelot ayant, en gynécologie, une compétence telle que mieux que personne il était à même d'écrire cet ouvrage.

Il s'exprime ainsi au début de sa préface : « Enfermé dans des limites précises, nous avons tenu à ce qu'il y eût dans ce cadre une œuvre personnelle, portant la trace d'une expérience de bien des années ; nous n'avons pas craint de mettre en avant nos idées, nos méthodes, nos jugements sur ce qu'ont fait les autres. »

Dans un premier chapitre nous trouvons exposées, avec la plus grande précision et la plus grande clarté, les métrites, la congestion et la sclérose utérines ; le lecteur y trouvera nombre d'idées originales et lira avec profit le traitement des métrites si varié, si discuté et cependant si simple d'après l'auteur.

Après l'étude des déviations utérines et des prolapsus, M. Ri-

Digitized by Google

chelot consacre un long chapitre aux tumeurs de l'utérus, cancer et fibrome; il passe en revue les divers procédés opératoires et défend là une de ses idées les plus chères, la cause de l'hystérectomie vaginale.

Dans d'autres chapitres, plus courts mais intéressants, se trouve l'étude de la tuberculose et de la syphilis de l'utérus, des atrésies du col et des troubles menstruels, puis les maladies du vagin et de la vulve et les malformations génitales.

S'il nous était permis de féliciter M. Richelot, nous le ferions de grand cœur : nous nous contenterons de le remercier d'avoir écrit un livre original et utile, que liront avec fruit tous ceux qu'intéresse la gynécologie. — H. Milhiet.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 4e édition, *revue et augmentée*. 1 fort vol. grand in-8° de 1540 pages. (Masson et Cie, éditeurs), 25 fr.

Le *Traité élémentaire de clinique thérapeutique* adopté avec empressement, dès son apparition, par les étudiants et les praticiens, est devenu classique et, en moins de sept années, quatre éditions françaises ont été publiées, ainsi que plusieurs traductions en langues espagnole, grecque et italienne. — La *quatrième édition, augmentée de près de deux cents pages*, a subi de nombreux remaniements et comprend un certain nombre de chapitres nouveaux parmi lesquels nous citerons ceux qui sont consacrés aux *accidents de la dentition*, aux *ulcérations des amygdales*, aux *abcès rétro-pharyngiens*, à l'*œsophagisme*, aux *œdèmes laryngés*, à la *syncope*, aux *phlébites*, à la *sclérose en plaques*, aux *tics*, aux *crampes*, aux *pseudo-rhumatismes infectieux*.

D'autres parties de cet ouvrage ont bénéficié d'une rédaction entièrement nouvelle, notamment les chapitres qui traitent des *végétations adénoïdes*, de l'*aérophagie*, des *dyspepsies* et *toxi-infections gastro-intestinales infantiles*, de l'*appendicite*, de la *tuberculose pulmonaire*, de la *grippe*, des *maladies de croissance*.

Le formulaire qui termine l'ouvrage a subi les modifications nécessitées par l'adjonction de quelques médicaments nouveaux et d'une utilité incontestable.

Le lecteur trouvera en outre, dans cette quatrième édition, une liste très complète des *stations d'altitudes* avec l'indication pour beaucoup d'entre elles, visitées par l'auteur lui-même, de leurs avantages et inconvénients respectifs; et un tableau des *principales eaux minérales françaises*, avec l'exposé de leurs indications essentielles.

Ce rapide aperçu des principales modifications apportées à ce livre montre que le Dr Gaston Lyon a mis tous ses soins à le tenir au courant de l'évolution incessante de la thérapeutique et qu'il a encore accentué son caractère pratique.

Aubrac ; climat et sanatorium, par le Dr C. Andrieu, chez Carré et Naud, éditeurs.

Cette thèse est une étude complète de la situation, de la climatologie et de la météorologie du sanatorium d'Aubrac (Aveyron), fondé et dirigé par le Dr Saunal. L'établissement, sis à une altitude de 1356 mètres, se prête à la cure d'été et à la cure d'hiver. Il fonctionne depuis 1895 et la statistique publiée est extrêmement favorable. Elle surpasse entre autres celles de Dettweiler à Falkenstein, de Turban à Davos, de Thornspeck à Leysin. Le sanatorium remplit toutes les conditions d'hygiène et de confortable, et mérite d'être connu des praticiens comme un établissement modèle du genre. — Bd.

Les expertises médico-légales, par Firmin Dervieux, docteur en médecine, licencié en droit de l'Université de Paris in-8°, 112 pages, 3 fr. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

VARIÉTÉ

La blessure du Président Mac Kinley

Nous trouvons, dans la *Revue de Gynécologie*, le compte rendu officiel rédigé par les médecins qui ont soigné le Président, quelques faits intéressants sont à remarquer.

Blessé le 6 septembre 1901, à 4 h. 7 de l'après-midi, le Président fut opéré à 5 h. 29; on lui avait déjà fait, peu de temps après la blessure, une injection hypodermique de 1 centigr. de morphine et 2 milligr. de strychnine. Endormi à l'éther, il fut opéré par le Dr Mann; la blessure supérieure, située entre la 2e et 3e côte, fut reconnue non pénétrante; l'inférieure, siégeant dans l'hypochondre gauche, explorée au stylet, est très profonde. Laparotomie : 2 plaies de l'estomac (paroi antérieure, paroi postérieure) qui sont suturées, après nettoyage à l'eau salée, de leur pourtour et des parties voisines, un peu du contenu stomacal s'étant échappé.

Pas de lésion de l'intestin, pas de trace de la balle en arrière on referme l'abdomen sans drainage; l'opération a durée 1 h. 21.

Le soir de l'opération et les jours suivants, l'état du Président semble s'améliorer; température élevée cependant, et surtout pouls rapide (120 et au-dessus). Les médicaments administrés par la voie hypodermique furent : la strychnine, la morphine, l'eau-de-vie, la digitale, la codéine, l'huile camphrée, le wish, la gélatine, l'adrenaline, la nitroglycérine, le sérum artificiel; par voie stomacale on donna un peu d'alcool, du jus de viande, des purgatifs (huile, calomel); des lavements nutritifs furent administrés dès le début.

La plaie, ouverte sur une partie de son étendue, fut lavée à l'eau oxygénée.

L'analyse de l'urine fut pratiquée chaque jour.

Malgré tout, le Président succomba le 14 septembre à 2 h. 15 du matin.

L'autopsie, l'examen histologique et bactériologique, furent faits; on trouva, outre les deux plaies de l'estomac qui étaient bien suturées mais autour desquelles la paroi gastrique était nécrosée, une plaie de la portion supérieure du rein gauche, de la nécrose diffuse du pancréas, de la dégénérescence graisseuse, avec infiltration et atrophie brune du muscle cardiaque, une légère dégénérescence de l'épithélium rénal qui est un peu œdématié; pas de péritonite.

En somme, tout a été fait pour amener la guérison; le Président est mort parce qu'il n'a point pu faire les frais de la cicatrisation et parce que ses tissus, d'une vitalité médiocre, se sont montrés au-dessous de leur tâche.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Denis.

Digitized by Google

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Les sinusites nasales. Procédés de diagnostic (1)

Par A. CASTEX

Grâce à la généreuse impulsion de M. Huchard, nous avons pu entendre, dans cet amphithéâtre, les diverses spécialités de la médecine.

Aujourd'hui c'est le tour de l'oto-rhino-laryngologie.

Lorsque votre excellent maître m'a fait l'honneur de me demander une conférence, j'ai vite cherché ce que je pourrais dire de nouveau, de pratique en même temps, et j'ai pensé que mon choix devait se porter sur l'infection des cavités annexes du nez qu'on désigne couramment sous le nom de *sinusites*.

Il s'agit là, en effet, d'une affection grave, parfois d'allure médicale plutôt que chirurgicale, et souvent latente, sur laquelle par conséquent le diagnostic trouve à s'exercer très utilement.

Je vous présente ces deux malades, atteints de sinusites sous des formes différentes.

Le premier, homme de 31 ans, a les deux sinus maxillaire et frontal droits infectés. Vers l'âge de 20 ans il fut sujet à des maux de tête de la région frontale qui parfois se compliquaient de syncopes. En 1889 il eut un abcès dentaire au niveau de la deuxième prémolaire supérieure droite. La dent a été enlevée, mais on constate toujours de l'induration à la gencive. C'est depuis 1898 qu'un écoulement purulent s'est produit par la narine droite, et les douleurs de tête en ont été diminuées. Au commencement de l'année courante, des myxomes ont été enlevés de la fosse nasale droite, petite intervention qui l'a encore soulagé. Aujourd'hui il n'est plus incommodé que par l'écoulement. La rhinoscopie antérieure montre du pus dans le méat moyen, et par rhinoscopie postérieure on voit les parois de l'arrière-nez ou cavum recouvertes de pus par places sans localisation significative.

La deuxième malade, femme de 44 ans, présente de la sinusite maxillo-frontale gauche et maxillaire droite. Elle a eu l'influenza en 1889 et en 1899. A la suite de cette dernière, un jetage abondant de mucosités purulentes se montra par les deux narines. Actuellement on voit du pus dans le méat moyen gauche; au-dessus, le cornet moyen se montre fongueux. A droite le pus s'est installé dans la fente olfactive, c'est-à-dire dans l'espace qui sépare la cloison du cornet moyen. Celui-ci est fongueux, comme à gauche, et même en dehors de lui s'accuse un bourrelet antéro-postérieur, dû à la tuméfaction de la muqueuse, et dénommé habituellement bourrelet de Kauffmann.

Vous savez qu'autour des fosses nasales sont creusées plusieurs cavités annexes :

Sinus maxillaires en dehors, s'ouvrant dans le méat moyen par un petit orifice circulaire (ostium maxillaire) ;

Sinus frontaux, en haut et en avant, communiquant avec le méat moyen par le conduit fronto-nasal ;

Sinus sphénoïdal en arrière, s'ouvrant par l'ostium sphénoïdal ;

Enfin les cellules ethmoïdales creusées dans la voûte et formant deux groupes : les cellules ethmoïdales antérieures qui communiquent avec le méat moyen, et les ethmoïdales postérieures qui s'ouvrent dans le méat supérieur. L'ensemble de toutes ces cellules est souvent désigné sous le nom de labyrinthe ethmoïdal.

Quand l'infection microbienne se déclare dans ces annexes, on voit survenir des accidents divers selon le siège et le nombre des sinus atteints, car il y a souvent *polysinusite* et même *pansinusite*.

Comment se produit cette infection? Ou, en d'autres termes, quelles en sont *les causes?*

L'infection a deux origines principales : le nez et les dents.

a) *Infection nasale.* — C'est à la suite d'une infection générale à détermination nasale que cette complication se produira, grippe (c'est le cas de notre deuxième malade), rougeole, scarlatine, érysipèle de la face ; de même après une intervention septique sur des polypes muqueux. La syphilis tertiaire, l'actynomycose ont pu être mises en cause.

Je viens d'opérer, chez un nouveau-né, une sinusite maxillaire grave dont le pus a donné une culture pure de staphylocoque. Or, la mère avait eu des furoncles aux fesses et des abcès furonculeux au sein ; la transmission n'était donc pas douteuse.

b) *Infection dentaire.* — Les grosses dents de la mâchoire supérieure, qui par leurs racines plongent parfois dans la partie déclive de l'antre d'Hyghmore, y portent l'infection dont elles sont si facilement atteintes. Mon premier malade rentre dans ces conditions étiologiques. Le plus ordinairement c'est la première grosse molaire qui détermine cette complication.

Bactériologie. — Ce que nous en savons, nous le devons aux recherches de Sabrazès et Rivière, de Stanculéanu et Baup. Le plus ordinairement on trouve le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le microbe de l'influenza.

D'après Stanculéanu et Baup, si l'infection est d'origine nasale, le pus n'est pas fétide, il contient les aérobies habituels du nez ; mais si l'origine est

(1) Conférence faite à l'hôpital Necker, dans le service de M. HUCHARD. — Nous rappelons que la dernière leçon parue dans le *Journal des Praticiens*, par H GILLET sur la rougeole a été faite à l'amphithéâtre Laennec (service de M. Huchard.

Digitized by Google

dentaire, le pus est fétide, car il contient les anaérobies des dents infectées : bacillus ramosus, serpens, thétoïdes, etc.

On voit par là que les sinusites dentaires sont les plus graves.

Symptômes. — 1° Quand il y a sinusite ou empyème maxillaire, les symptômes fonctionnels consistent en une douleur de caractère névralgique, avec exacerbation et rémission, siégeant en divers points autour de l'antre. Un écoulement verdâtre, souvent unilatéral, se produit à travers la narine. Quand le malade, au réveil du matin, se dresse sur son lit, il est obligé de saisir au plus vite son mouchoir pour recevoir le paquet purulent qui s'échappe de l'une de ses fosses nasales ou des deux. Il exhale une mauvaise odeur, moins repoussante pourtant que celle de l'ozène ou de la syphilis tertiaire.

Les signes physiques vous sont donnés par la rhinoscopie antérieure au moyen du spéculum nasi. Ils consistent surtout en la présence de pus dans le méat moyen où il semble comme figé, et en petites fongosités rougeâtres de même siège qui révèlent l'inflammation lente.

2° Si la sinusite est frontale, la douleur névralgique occupe l'emplacement du sinus ou toute la moitié correspondante de la tête. Elle augmente quand le malade penche la tête en avant, quand il éternue. Il arrive même que le canal fronto-nasal s'obstruant par moment, la cavité sinusienne est distendue par le pus, la douleur s'accroît, puis l'obstacle est forcé par le trop plein, la douleur cède ; de ces alternatives résultent ce que Pitiot a appelé des *coliques frontales*. Fatigué par les lourdeurs de tête, le malade a de la peine pour fixer son attention (aprosexie) ; il est sujet aux vertiges. La main du chirurgien qui explore la région y constate quelquefois un peu de tuméfaction et de la douleur en pressant au-dessus de l'angle interne des paupières.

La rhinoscopie antérieure montre les mêmes signes objectifs que dans l'empyème d'Hygmore, puisque le pus descendant par le canal fronto-nasal, vient de même s'accumuler dans le méat moyen.

3° La sinusite est-elle sphénoïdale, ce sont des céphalées, des vertiges, et notamment des troubles oculaires, car, sur la face supérieure du sinus, passe le nerf optique, et sur la face extérieure les troisième et sixième paires. Ainsi s'expliquent les injections du globe oculaire, les blépharospasmes, les névrites optiques. Une de mes clientes, dame âgée, toujours vêtue de noir, me disait qu'au début elle croyait voir des multitudes d'étincelles sur sa robe.

Il n'est donc point surprenant que beaucoup de ces malades s'adressent d'abord à des oculistes, et que dans les traités d'ophtalmologie nous trouvions d'importants documents relatifs à leur cas.

Le diagnostic n'est fermement établi que si on a pu voir, par rhinoscopie antérieure ou postérieure, le pus sortir de l'ostium sphénoïdal.

4° Enfin, si le labyrinthe ethmoïdal est pris, dominent des céphalalgies et des vertiges. La voûte des fosses nasales se montre rouge et fongueuse. L'index engagé entre le globe oculaire et la paroi interne de l'orbite y par détermine une douleur caractéristique. Mais il est très rare que les cellules ethmoïdales soient infectées à l'état isolé.

Complications. — Les unes se manifestent *dans le voisinage* des sinus, les autres *à distance*.

Dans le voisinage, ce sont surtout les yeux qui sont atteints. Larmoiements, chémosis, iritis, paralysie des muscles oculaires, phlegmons de l'orbite ou abcès circumvoisins, exophtalmies, amauroses même.

La cavité crânienne n'est pas à l'abri, car on a publié des cas nombreux de troubles cérébraux divers, de thrombo-phlébites du sinus caverneux, de méningites mortelles de la base.

A distance; ce peuvent être des infections respiratoires : bronchites ou autres, simulant quelquefois une tuberculose pulmonaire (Brindel), ou des infections digestives entraînant de l'émaciation, de la pâleur, et conduisant à la neurasthénie.

Le *pronostic* découle de ce qui précède. Les sinusites sont un danger grave, pour les régions environnantes et pour l'état général du sujet.

Le *diagnostic* s'établit surtout au moyen de l'éclairage électrique ou transillumination, qui a été imaginé par Heryng (de Varsovie).

Voici un type des lampes généralement employées pour cette exploration. Elles marchent avec une une moyenne de 10 volts.

Pour que l'expérience réussisse, il faut la faire dans une chambre noire, ou, à la rigueur, sous un voile noir, analogue à celui des photographes, qui couvre la tête du sujet et de l'observateur.

Si on place la lampe dans la bouche d'une personne indemne qui a soin de refermer les lèvres, on remarque un triangle lumineux très éclairé au-dessous du globe oculaire ; la joue et le dos du nez sont demi-transparents, la pupille correspondante peut être illuminée à travers le plancher de l'orbite (Davidson), et le sujet en expérience éprouve une sensation lumineuse sur les rétines (Garel).

Mais que le sinus soit infecté, sa cavité remplie de pus ou ses parois opacifiées par l'inflammation ne laisseront plus passer les rayons lumineux. Alors, plus de triangle sous-oculaire, plus d'illumination pupillaire ni d'impression lumineuse sur la rétine. Et quand l'empyème est unilatéral, cette moitié de visage qui reste sombre contraste de façon frappante avec l'autre moitié.

Digitized by Google

Pour explorer le sinus frontal, vous entourez la lampe d'un petit manchon en ébonite qui ne laisse à découvert que son extrémité hémisphérique et vous la placez sous la tête du sourcil. Le sinus s'éclaire en entier et l'illumination s'étend jusque vers le milieu de l'os frontal. Mais, en cas de sinusite, seul le rebord orbitaire paraît transparent. Dans un cas type, chez une jeune fille, j'ai vu le sinus se détacher en très sombre, avec son contour connu, sur un frontal que l'illumination éclairait en entier.

Cette exploration réussit bien chez nos deux malades. Chez la femme vous voyez que le triangle lumineux sous-oculaire n'existe ni à droite, ni à gauche, et que le sinus frontal gauche est nettement opaque. Même résultat sur cet homme pour la moitié droite de la face.

Ce procédé de l'éclairage électrique est séduisant, utile, mais il est loin d'être infaillible. Chez certaines personnes, les os ou les parties molles sont épais à ce point que l'illumination ne se produit pas; l'évacuation spontanée du pus pourra laisser transparent un sinus réellement infecté. Il y a bien d'autres exceptions. Je viens d'ouvrir chez un malade les deux sinus frontaux qui s'étaient montrés entièrement opaques; or l'un était rempli de fongosités et de pus, l'autre absolument indemne.

Cet éclairage, d'ailleurs, reste inutile pour les sinus sphénoïdaux et les cellules ethmoïdales.

La radioscopie ne se montre pas, en l'espèce, supérieure à l'éclairage électrique. Plusieurs fois j'y ai eu recours, et la plupart du temps elle ne signalait rien de particulier, alors que la réalité de la sinusite ne laissait pas de doute.

Le cathétérisme par les voies naturelles est difficile et surtout périlleux, principalement si on veut remonter dans le canal fronto-nasal si voisin de la cavité cérébrale.

Mieux vaut recourir aux ponctions exploratrices du sillon maxillaire à travers le méat inférieur. Elles enlèvent le diagnostic en cas de doute.

Grâce à l'ensemble de ces moyens, la certitude s'établit ; on sait s'il s'agit d'une sinusite ou de plurisinusite ; on évite quelques écueils, dont voici les principaux :

1° Une névralgie sus-orbitaire ou sous-orbitaire peuvent en imposer ; mais l'erreur ne sera pas de longue durée. Chez des névropathes, j'ai vu deux fois une douleur fixe au niveau du sinus frontal que rien ne pouvait expliquer en dehors du tempérament nerveux.

2° Les périostites dentaires opacifient la moitié correspondante de la figure, mais on ne voit pas de pus dans la fosse nasale.

3° Méfiez-vous surtout de ces sinusites qu'une ponction suivie d'injection a améliorées. Dans les mois suivants, les douleurs peuvent augmenter, les ganglions se prendre. Il s'agit d'une tumeur maligne née sur les parois du sinus, et dont les manifestations n'ont été que retardées par la désinfection que vous dirigiez contre une sinusite supposée.

4° Les sinusites sphénoïdales déposent à la paroi postérieure du pharynx un pus desséché qui pourrait vous faire penser à un simple catarrhe naso-pharyngien.

Traitement. — Cette dernière partie de la question ne nous arrêtera pas longtemps, car elle est chirurgicale.

Il faut dire d'abord que des cas de guérison spontanée peuvent se rencontrer. Zendziack en a cité et j'en ai pour ma part observé trois cas, ce sont alors des cas récents, à suppuration faible ou nulle.

En quelques semaines la transparence reparaît. C'est ce que j'ai vu chez deux jeunes femmes et chez une jeune fille.

Si la sinusite n'est pas suppurée, quelques inhalations de menthol sont suffisantes, au moyen de la solution :

Menthol cristallisé.....	1 gramme
Alcool à 90°.....	70 —
Eau distillée.....	300 —

Avec la phénacétine et l'antipyrine on calme les douleurs.

Mais le plus souvent il faut en venir à l'ouverture du sinus sous chloroforme. La thérapeutique a fait des progrès depuis le XVIIe siècle. Louis XIV semble avoir souffert d'une sinusite maxillaire. D'Aquin conseillait les injections nasales avec l'eau vulnéraire, l'esprit de vin et la fleur d'oranger ; Fagon maintenait la nécessité des saignées et des purgations.

La chirurgie actuelle utilise des voies différentes selon les variétés de sinusites.

Pour les empyèmes hygmoriens, ce sont les voies alvéolaires (si une dent est cariée), nasale (à travers le méat inférieur) canine à travers la fosse de même nom, si une intervention large est indiquée, qui permettra de voir l'état de la cavité. Les sinusites frontales sont ouvertes en faisant sauter une partie de la paroi antérieure et en drainant par le canal fronto-nasal. La cicatrice de l'incision se dissimule bien ensuite dans le sourcil.

Le sinus sphénoïdal s'aborde soit à travers la fosse nasale, soit à travers le sinus maxillaire (Furet), derrière lequel il est situé.

On arrive sur les cellules ethmoïdales en longeant la paroi interne de l'orbite.

Résumons, les plus importantes notions de la question.

1° Les sinus annexes du nez s'infectent souvent de façon latente ;

Digitized by Google

2° Cette infection expose les malades à de graves dangers, du côté des yeux, du cerveau et de la santé générale;

3° L'opération, qui s'impose souvent, assure généralement la cure radicale.

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Necker. — M. H. Huchard (1)

I. *L'anesthésie chloroformique chez les cardiaques.* — II. *Narcisse des prés, et Cereus (ou Cactus) grandiflora.* — III. *Digitale et rétrécissement mitral.* — IV. *Cures de fruits et de petit lait.* — V. *Uricémie et théobromine lithinée.*

I

La question se pose souvent de savoir si l'on est autorisé à pratiquer l'anesthésie chloroformique pour une opération chez un sujet atteint d'une affection du cœur. Beaucoup de médecins considèrent qu'une cardiopathie ou une angine de poitrine constituent des contre-indications formelles à cette anesthésie. M. Huchard ne partage pas cette manière de voir, et il admet au contraire que tous les cardiaques, mitraux ou aortiques, qu'ils souffrent ou non, peuvent être anesthésiés. Il n'y a de contre-indication que si le malade est en état d'asystolie ou de dyspnée toxi-alimentaire.

Il fut autrefois consulté au sujet d'un malade atteint d'angine de poitrine coronarienne et qui devait être opéré d'une fissure anale, opération pour laquelle on était indécis sur l'emploi du chloroforme. Son avis fut que le malade devait être anesthésié, mais à la condition qu'il fût endormi complètement. C'est un grand tort, en effet, d'endormir incomplètement ces malades, car il faut supprimer absolument les réflexes. Or, comme dans ce cas particulier, l'opération devait se faire dans la région anale et que c'est dans cette région que s'éteignent les derniers réflexes, la nécessité d'une anesthésie totale était pleinement indiquée. Il est d'autant plus important de l'affirmer que, d'ordinaire on commet la faute d'endormir incomplètement ces malades par suite de la crainte très exagérée de l'anesthésie chloroformique chez les cardiaques. Pour eux surtout, le danger est plutôt dans une anesthésie incomplète qui ne supprime pas tous les réflexes, ceux-ci étant la principale cause des accidents syncopaux.

L'existence d'une affection cardiaque n'est donc pas une contre-indication à l'anesthésie, à moins que le malade ne soit en état d'asystolie bien caractérisée; en pareil cas, on peut rendre encore par le traitement l'anesthésie possible, car un état d'hyposystolie ne serait pas un obstacle absolu.

(1) A partir d'aujourd'hui, la publication des *conférences de clinique et de thérapeutique* de l'hôpital Necker sera continuée d'une façon aussi régulière que possible.

La dyspnée toxi-alimentaire constitue au contraire une contre-indication formelle mais momentanée, puisque le régime lacté la fait disparaître très vite, et l'opération est retardée ainsi seulement de quelques jours.

D'une façon générale, du reste, ce sont les dyspnéiques, les *pulmonaires,* plutôt que les cardiaques, qui ont quelque chose à redouter de la chloroformisation. Quand un cardiaque est en même temps pulmonaire (congestion pulmonaire, infarctus, épanchement pleural, menaces d'œdème aigu du poumon, etc.), la contre-indication est alors formelle; à plus forte raison s'il s'agit d'éthérisation qui a le grand inconvénient de déterminer la sécrétion d'abondantes mucosités laryngo-bronchiques.

D'autre part, affirmer que l'on peut anesthésier par le chloroforme tous les cardiaques, ce n'est pas dire qu'il soit inutile de prendre des précautions. Celles-ci sont, du reste, indiquées par M. Huchard depuis 1889 dans les trois éditions successives de son *Traité clinique des maladies du cœur.*

« Je suis d'avis, dit-il, que dans toutes les chloroformisations et surtout pour celles qui sont pratiquées sur des cardiaques, sur des aortiques ou des angineux, on doit préparer à l'avance le nitrite d'amyle dont l'action sur les syncopes est si favorable... D'autre part, la chloroformisation doit être faite avec méthode, et le plus souvent les accidents sont dus plutôt au chloroformisateur qu'au chloroforme lui-même. Il est démontré qu'au début de l'anesthésie, le nerf d'arrêt du cœur, le pneumogastrique, acquiert une grande excitabilité, d'où l'indication de ne jamais opérer dans toutes les affections et surtout dans les affections cardiaques, tant que la période d'excitation n'est pas complètement terminée, d'où le précepte d'éviter encore, pendant cette période, toute stimulation des nerfs périphériques. Du reste, comme il a été démontré par Paul Bert que l'excitation dans la chloroformisation est due plus à l'irritation des muqueuses qu'à un commencement d'intoxication chloroformique, la méthode de l'administration des faibles doses (chloroformisation goutte à goutte) a pour résultat utile d'éviter ou d'atténuer cette excitation.

En résumé, la chloroformisation n'est pas contre-indiquée chez les cardiaques, les aortiques ou les angineux; il suffit seulement de prendre quelques précautions, d'avoir recours à la méthode des doses faibles et continues, de ne jamais oublier de surveiller très attentivement le pouls, la pupille et la respiration pendant le sommeil, et d'*opérer seulement lorsque l'anesthésie est complète et absolue.* Cette dernière prescription est sans doute applicable à toutes les opérations, mais elle l'est surtout à celles qui se pratiquent sur les cardiaques. »

Digitized by Google

M. Huchard ajoute que, pendant son internat, il a été témoin de trois morts survenues par le chloroforme. Ces morts ne sont pas survenues chez des cardiaques, et elles étaient imputables à la mauvaise chloroformisation, non au chloroforme lui-même. Dans deux de ces cas, les opérations étaient pratiquées sur des pulmonaires (bronchite subaiguë, asthme et emphysème).

II

M. Huchard attire l'attention sur deux médicaments : le *Narcisse des prés*, et le *Cereus* (ou *Cactus) grandiflora.*

Le *Narcisse des prés,* autrefois assez usité, mais oublié maintenant, constitue cependant un bon médicament qu'on peut employer comme vomitif, surtout chez les enfants. On le donne en infusion à la dose de 3 grammes chez les enfants et de 5 grammes chez les adultes.

Fleurs de Narcisse des prés....	3 grammes
Eau bouillante	250 —

Laisser infuser 20 minutes et administrer à chaud.

Le *Cereus* (ou *Cactus*) *grandiflora*, dont l'action thérapeutique a été étudiée surtout en Amérique par O'Hara (dès 1883), Aulde, Engestadt, Myers, etc., et en France (en 1891) par Boinet et Boy-Teissier, peut être employé, dans une certaine mesure, comme succédané de la digitale, sous diverses formes : extrait fluide, à la dose de 20 à 60 gouttes par jour ; teinture, à la dose de 50 à 100 gouttes par jour; extrait hydro-alcoolique, en pilules de 0,05 centigrammes (3 ou 4 par jour). Ces doses peuvent encore être augmentées sans danger, puisque le *Cereus grandiflora* est peu toxique, et qu'on a pu arriver sans inconvénient à la dose de 80 à 120 gouttes de teinture, comme l'indique M. Huchard dans son étude des médicaments cardiaques (*Thérapeutique appliquée de Robin*, 1895, fasc. X). Son principe actif, la cactine, est un produit mal défini et presque introuvable (1 à 10 milligrammes par jour).

C'est surtout dans les troubles fonctionnels du cœur, l'atonie cardiaque, les palpitations, les douleurs précordiales, etc., que le *Cereus* trouve son utilité, à titre de stimulant et de régulateur du cœur. Il donne aussi de bons résultats dans le goitre exophtalmique et les pseudo-angines de poitrine. Mais, il n'a aucune action sur les hydropisies ou sur les congestions viscérales d'origine cardiaque ; il est d'une efficacité douteuse contre l'asystolie et ses conséquences. La digitale qui reste le merveilleux remède des cardiopathies mal compensées, lui est donc très supérieure, et on ne saurait assez dire qu'elle ne peut être remplacée dans ces cas par aucun de ses trop nombreux succédanés.

III

Dans le rétrécissement mitral, la digitale doit être administrée, d'une façon presque méthodique, sous forme de granules d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée, toutes les trois semaines environ, pendant trois ou quatre jours. Dans l'insuffisance aortique, au contraire, où la digitale est contre-indiquée, le cactus trouve son indication. C'est donc un médicament qu'on ne doit pas négliger.

Ces conclusions au sujet de l'emploi de la digitale dans la sténose mitrale pourront certes étonner les praticiens qui vivent dans l'idée qu'au cours de cette affection, « le cœur étant réglé pour un petit travail, » comme l'a dit Potain, il importe de ne presque jamais prescrire la digitale, qui augmenterait ce travail. Or, cette interprétation est absolument erronée, et d'après M. Huchard, c'est surtout dans le rétrécissement mitral, avec ou sans arythmie palpitante, avec ou sans asystolie, que ce médicament trouve sa principale indication. Si la digitale « augmentait le travail du cœur », elle serait contre-indiquée dans presque toutes les cardiopathies ; elle *facilite* au contraire ce travail, elle a pour résultat d'allonger la période diastolique (ou pause de repos du cœur), ce qui explique sa contre-indication dans l'insuffisance aortique caractérisée déjà par l'allongement de cette période qui aboutit à une trop grande réplétion ventriculaire, et son indication dans la sténose mitrale caractérisée par la brièveté de la pause diastolique.

Ici, la clinique est en accord avec la théorie physiologique, et tous les malades atteints de rétrécissement mitral avec palpitations ou arythmie palpitante, sans hyposystolie ou asystolie, sont très améliorés et soulagés par l'emploi méthodique, toutes les trois ou quatre semaines, pendant trois ou quatre jours au plus, d'un granule d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée. C'est là même un excellent moyen pour prévenir et retarder les accidents asystoliques dont sont menacées toutes les cardiopathies vers la dernière phase de leur évolution.

Mais, donner inconsidérément de la digitale dans l'insuffisance aortique compliquée déjà de dilatation cardiaque, c'est agir en quelque sorte de complicité avec la maladie, et c'est hâter souvent l'apparition des phénomènes de décompensation. Dans l'insuffisance aortique, la digitale ne doit être employée qu'à la phase asystolique, du reste tardive dans cette maladie ; mais il ne faut jamais oublier que la *dose anti-asystolique* de la digitaline cristallisée doit toujours être une dose massive : un milligramme en une ou deux fois pendant un seul jour.

IV

L'acide urique, qui joue un si grand rôle en pathologie à titre d'agent vaso-constricteur et qui, en par-

Digitized by Google

ticulier, est probablement l'une des causes provocatrices de la goutte, a une telle importance dans la pathogénie, que tout ce qui peut combattre sa production et favoriser son élimination présente un grand intérêt thérapeutique. Aussi, la cure de fruits, par les fraises ou le raisin, et la cure de petit lait méritent-elles qu'on les connaisse; car nous avons chez nous à ce point de vue des ressources considérables, que nous ne savons pas utiliser (1).

D'une façon générale, on trouve dans les fruits certains agents qui favorisent l'élimination de l'acide urique par les urines, en transformant cet acide en acide hippurique soluble. D'après Weiss, une urine, après ingestion de 750 grammes de *cerises*, ne renfermerait presque plus d'acide urique, mais contiendrait le double d'acide hippurique. L'agent principal de cette transformation serait l'acide quinique. Les groseilles, par contre, sont mauvaises pour les uricémiques parce qu'elles renferment beaucoup de tartrates qui empêchent cette action favorable.

Les *fraises* sont au contraire très utiles à ce point de vue. Elles ont été conseillées depuis longtemps par les anciens auteurs dans les états que nous savons maintenant constitués par l'uricémie, et des expériences récentes ont montré qu'elles faisaient diminuer de moitié l'acide urique dans les urines. On utilise la cure de fraises en faisant manger de 310 à 500 grammes de ces fruits par jour; malheureusement, certains sujets ne les tolèrent pas bien parce qu'ils sont exposés par eux à l'urticaire, ou à des troubles digestifs.

La cure du *raisin* est beaucoup plus répandue et se fait principalement en Allemagne et en Suisse, bien que nous ayons en France tous les éléments nécessaires pour la pratiquer. L'action du raisin est triple : purgative, par la crème de tartre et aussi par une véritable action mécanique au moyen des pépins comme lorsque l'on prend des graines de lin ou de psyllium, par exemple ; diurétique, par son tannin, la glycose et l'azotate de potasse; nutritive aussi dans une certaine mesure, mais seulement si la cure est très bien réglée, le raisin à dose trop considérable n'étant pas bien toléré, et pouvant amener de l'amaigrissement par les troubles digestifs. Pour employer cette cure utilement, il faut commencer par 500 grammes pris le matin, pour arriver progressivement à 2 kilogrammes pour la journée. Elle peut donner de très bons résultats dans certaines dyspepsies, dans la goutte, dans les cardiopathies, dans la tuberculose et même dans quelques cas de dysenterie ou de diarrhée chronique.

La cure de *petit lait* vantée beaucoup à l'avant-dernier siècle par Tissot, est à rapprocher de la cure de raisin et se fait à peu près dans les mêmes conditions ; mais beaucoup de malades ne la supportent pas. Il faut en tout cas qu'il soit très pur et très récemment préparé. Ce petit lait, qu'on a appelé « eau minérale organique » et qui renferme en particulier des chlorures et de la lactose, a des propriétés diurétiques très marquées. Les malades peuvent en absorber quatre ou cinq verres dans le courant de la journée. Sans être nutritif, il possède indirectement des propriétés excitantes sur la nutrition; aussi, Gimbert a t-il pu l'utiliser à ce titre en injections sous-cutanées. En résumé, c'est encore là une médication exceptionnelle, mais qui peut être utilisée à l'occasion, en particulier dans les cardiopathies et dans la goutte; elle peut rendre service lorsque l'on a épuisé les autres moyens thérapeutiques pour activer la diurèse.

V

Dans l'uricémie et la goutte, dans la présclérose constituée par un état plus ou moins permanent d'hypertension artérielle et dans la sclérose artérielle confirmée, dans l'hypertension portale dont il convient de poursuivre la réhabilitation, dans la sclérose cardio-rénale, dans toutes les maladies enfin où il importe de veiller au bon fonctionnement de l'appareil rénal, dans toutes les cardiopathies artérielles où « *la maladie étant au cœur et aux vaisseaux, le danger est au rein* », M. Huchard recommande pendant 20 jours chaque mois, et cela durant 5 à 6 mois (pour reprendre ensuite après deux mois d'interruption) la théobromine lithinée suivant ces deux formules :

1° Théobromine.....	20 grammes
Carbonate de lithine.....	10 —
2° Théobromine.....	20 grammes
Carbonate de lithine.....	10 —
Benzoate de soude.....	5 —

Pour 40 ou 60 cachets ; un cachet tous les matins avec un grand verre d'eau d'Evian-Cachat.

Voici encore une autre formule de « pilules antiuricémiques » dont l'action est cependant moins certaine :

Extrait de convallaria maialis.	ãã 3 grammes
— de stigmates de maïs..	
Carbonate de lithine.....	
Benzoate de soude.....	

Pour 60 pilules. Prendre 6 pilules par jour, aux repas, et en trois fois.

Cette médication, longtemps continuée (pendant 4 à 6 mois pour reprendre ensuite), rend de grands services, parce que la lithine et la théobromine se

(1) Ces cures de fruits et la cure de petit lait, ont été complètement étudiées à plusieurs reprises dans le *Journal des Praticiens* (1900-1901) notamment par notre savant collaborateur, M. Brissemoret, dont nos lecteurs lisent, avec si grand intérêt, les articles sur les « médicaments anciens ». Il en sera encore de nouveau question.

Digitized by Google

comportent, l'une comme agent réducteur, l'autre comme agent éliminateur de l'acide urique. Mais, le régime alimentaire lacto-végétarien doit être prescrit en même temps, avec le minimum de viande.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Des pilules balsamiques de Morton dans les bronchites

Par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Voici, d'après la *Phthisiologia* de l'illustre médecin anglais Richard Morton éditée à Genève en 1727, la composition de ses pilules balsamiques puissamment anticatarrhales et légèrement expectorantes :

Fleurs de benjoin	6 gros	(24 gr.)
Huile d'anis sulfurée	6 —	(24 gr.)
Cloportes en poudre	18 —	(72 gr.)
Gomme ammoniaque	9 —	(36 gr.)
Safran	1 —	(4 gr.)
Baume de tolu ou du Pérou	1 —	(4 gr.)

F. des pilules de 3 grains (0 gr. 15) ou de 4 grains (0 gr. 20).

La gomme ammoniaque est anticatarrhale au titre le plus élevé ; elle doit cette propriété à sa résine qui s'élimine par la surface de la muqueuse bronchique.

L'action anticatarrhale des baumes de tolu ou du Pérou revient aussi à leur résine qu'on a trouvée dans les crachats comme celle de la gomme ammoniaque.

Morton emprunta l'huile d'anis sulfurée ou baume de soufre anisé à l'arsenal médico-chimique d'Adrien Mynsicht qui avait donné un siècle auparavant son mode de préparation : faites digérer pendant quelques jours au bain de sable 1 gramme de soufre avec 4 grammes d'huile essentielle d'anis ; le liquide filtré est de l'huile essentielle d'anis tenant en dissolution une très petite quantité de soufre, médicament anticatarrhal.

Je soupçonne le but que Morton se proposa en ajoutant le safran à sa masse pilulaire : rétablir chez les femmes phtisiques la menstruation supprimée ou en empêcher la suppression. Il ne se doutait pas que l'huile essentielle emménagogue contenue dans les pistils du safran est un anticatarrhal du groupe des térébenthènes.

Résine de la gomme ammoniaque, résine des baumes de tolu ou du Pérou, soufre, huile essentielle du safran, tels sont, dans les pilules de Morton, les principes susceptibles de suspendre l'excès des fonctions sécrétoires de la muqueuse des bronches.

Enumérons les expectorants : les fleurs de benjoin (acide benzoïque) ; les acides benzoïque et cinnamique des baumes de tolu ou du Pérou ; les huiles essentielles de ces baumes ; peut-être, à un faible degré, l'essence d'anis. Ne nous exagérons pas l'importance des effets expectorants des acides benzoïque et cinnamique puisqu'ils sont partiellement transformés en acide hippurique après leur absorption. Stimulatrice des glandes et des tuniques musculeuses de l'estomac, l'essence d'anis retarde l'intolérance de celui-ci pour les fleurs de benjoin et pour les acides des baumes. Eupeptique aussi est le glycoside amer du safran.

Il n'est pas invraisemblable que les acides benzoïque et cinnamique, que les huiles essentielles des baumes et du safran, que celle d'anis aseptisent dans une certaine mesure les produits de l'expectoration qu'ils imprègnent.

Riche en azotate de potasse, la poudre de cloportes rentre dans la catégorie des alcalins auxquels Virchow Binz, Rossbach et d'autres attribuent une influence salutaire dans les maladies des bronches : je fais grâce au lecteur des considérations à perte de vue développées par ces auteurs à l'appui de cette opinion.

Il n'est plus question des pilules de Morton dans le traitement des catarrhes de la tuberculose pulmonaire.

Prises pendant un mois au moins sans interruption (4 à 10 pro die), elles diminuent très sensiblement ou tarissent les sécrétions purulentes des bronchorrhées consécutives à des bronchites récidivantes, greffées sur l'emphysème pulmonaire (Droux) ou sur la dilatation des bronches, et cela sans empêcher — puisqu'elles sont expectorantes — l'expulsion, tant qu'il en reste, des glaires qui encombrent l'arbre aérien.

Quand après quatre, cinq ou six semaines de toux grasse, qui n'a pas cédé à la térébenthine ou à la terpine, le mal demeure stationnaire ; quand un état chronique menace de durer indéfiniment ; quand, après une bronchite aiguë, il paraît probable que toute trace d'inflammation des bronches a disparu et que les eaux sulfureuses ne manqueraient pas de ramener à l'acuité primitive une inflammation à moitié conjurée, il faut — ainsi que Gingeot l'enseignait — chercher un moyen terme : « un médicament plus doux que les eaux, agissant néanmoins dans le même sens qu'elles, de façon à préparer le malade à les prendre ensuite sans péril, sinon à lui en épargner l'usage ». Les pilules de Morton répondent aux exigences de cette situation particulière. Gingeot a dit vrai : jamais elles n'occasionnent un retour offensif ni de la fièvre, ni des phénomènes inflammatoires purement congestifs ou aigus ; leur innocuité ne les empêche pas d'être assez actives pour détruire les derniers vestiges de la maladie. Si la guérison n'est pas obtenue après quinze jours de leur emploi à la dose de deux à la fois avant les deux ou trois repas, on pourra sans appréhension compléter la cure par l'eau de Bonnes.

Recommandez d'argenter ou de toluiser les pilules pour que l'essence d'anis ne se volatilise pas ; quelques maisons de droguerie les livrent en dragées.

Digitized by Google

MÉDECINE LÉGALE

Les expertises médico-légales

I. CHOIX DES EXPERTS

Depuis la promulgation de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, il est utile que chaque médecin possède des données suffisamment précises sur la médecine légale et sur les devoirs qui incombent au médecin expert, puisque en vertu de l'article 23 : tout docteur en médecine est tenu de déférer aux décisions de la justice, sous les peines portées à l'article 22 (25 à 100 francs d'amende).

La situation créée au médecin, dit le Prof. Brouardel, est déplorable et souvent il se trouvera bien embarrassé, même si on ne tient pas compte des réflexions sur sa compétence que lui inspirera sa conscience. L'accomplissement du mandat de la justice peut compromettre la santé d'un ou plusieurs malades. Un médecin est appelé pour un accouchement difficile, la vie de la femme dépend d'une intervention immédiate. Au moment où il se rend auprès de la malade, un commissaire de police le requiert pour constater la nature d'une blessure légère que vient de recevoir un individu ivre. Le médecin, n'étant pas dans l'impossibilité absolue d'obéir à la réquisition, tombe, s'il refuse, sous le coup de l'article 23 de la loi de 1892 ; d'autre part, s'il se rend à la demande du commissaire de police, il expose la vie de sa malade.

Il est en outre certains médecins qui ne peuvent ni ne doivent être légistes, ce sont les chirurgiens et les accoucheurs qui, vu la possibilité d'infection, ne doivent pas pratiquer d'autopsies. Or, l'infection occasionnée par l'autopsie d'un cadavre putréfié dure longtemps et l'on ne saurait, bien que légalement, obliger un médecin à abandonner sa clientèle pendant huit ou quinze jours à toute réquisition de la justice.

Enfin tous les médecins ne sont pas compétents pour être légistes. La medecine légale est une branche à part, une *spécialité* de la médecine, et, à ce point de vue, les études médicales ordinaires ne préparent nullement le médecin à la fonction qui, accessoirement il est vrai, peut lui être imposée, mais cependant au cours de laquelle il peut engager gravement sa responsabilité.

Ainsi l'un des points les plus importants en médecine légale sont les *autopsies*, or, dans les services des hôpitaux, il n'y a guère que les externes ou les internes qui les pratiquent, et encore sont-elles toujours incomplètes, et faites uniquement dans le but de déterminer la nature de l'affection qui a causé la mort ou de vérifier le diagnostic. Tous les médecins, en dépit de l'examen d'anatomie pathologique qu'ils passent à la fin de leurs études, ne sont pas aptes soit à reconnaître une lésion, soit à l'interpréter. Du reste nous reviendrons sur l'autopsie médico-légale.

A côté de l'étude clinique de la médecine et de la chirurgie, il est certaines branches de la médecine, des plus importantes en médecine légale, dont l'étude est bien insuffisante pour la généralité des médecins. Ainsi la psychiatrie, malgré la création de cliniques dans les diverses facultés, est bien peu connue, et les médecins ne peuvent recevoir un enseignement suffisant, en suivant même assidûment les cours officiels. Pour bien connaître l'aliénation mentale, dont l'évolution est parfois très lente, il faut avoir vécu avec les aliénés, avoir pris part à toutes les enquêtes, enfin il faut une habitude toute spéciale pour pouvoir rapidement déterminer le trouble mental et les conceptions délirantes. Il n'y a guère que les internes attachés pour plusieurs années aux asiles, qui puissent recevoir à ce point de vue une éducation médicale suffisante.

Les intoxications causeront bien des ennuis aux médecins légistes, les recherches sont longues et délicates, les lésions d'autopsie sont souvent minimes et peuvent passer inaperçues. Il y a quelques années, une femme D... fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité pour empoisonnement de son mari et de son beau-frère, elle avait déjà accompli six ans de cette peine lorsque MM. Brouardel, Descout et Ogier furent commis à l'effet de donner leur avis sur les causes de la mort de ces deux individus. Or, de la lecture même du rapport des premiers experts il leur fut possible d'établir la certitude d'une intoxication par l'oxyde de carbone. Une enquête minutieuse permit de constater la possibilité de cette intoxication, un four à chaux voisin déversant dans la maison des flots de gaz toxique. La femme fut réhabilitée. Cependant la première expertise avait été faite par un professeur de clinique d'une école de province et analysée par un chimiste et un naturaliste et la compétence de tous semblait hors de doute.

D'autres recherches, la détermination de taches de sang, de sperme, d'enduit sébacé, de méconium, l'étude des poils, des cheveux, demandent une éducation technique spéciale, et tous les médecins sont loin d'avoir une expérience suffisante du maniement du microscope ou du spectroscope, d'où erreurs d'autant plus graves qu'il s'agit, en l'espèce, de la liberté et parfois même de la vie d'un accusé.

En résumé, le rôle de médecin légiste ne peut être rempli par tous les médecins. Il existe bien un *décret* du 21 novembre 1893 qui, dans son article 1° dit que « au commencement de l'année judiciaire les Cours d'appel désignent sur des listes de proposition des tribunaux de première instance les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux ». Mais cette sage disposition se trouve détruite par le paragraphe 2 de l'article 11 qui dit : « en cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix ».

La question demeure donc entière, et il serait à souhaiter que l'article 22 de la loi de 1892 et le décret de 1893 fussent modifiés dans un sens plus conforme aux intérêts des médecins et aux besoins de la justice. — P. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. — Le Dr J. Lapeyre (*Thèse de Paris* 1901), a réuni plusieurs observations de syphilis graves, à formes cérébrale ou médullaire en particulier, dans lesquelles le benzoate de mercure a amené une guérison rapide.

Le benzoate de mercure est un sel soluble que l'on obtient en traitant l'oxyde jaune de mercure en solution acide (acides acétique ou azotique dilués), par le benzoate de soude. Laver soigneusement le produit ainsi obtenu.

Tel est le procédé que l'on peut employer pour la préparation extemporanée du benzoate de mercure, préparation préconisée par M. le Dr Gaucher, de préférence à l'emploi des sels de commerce, qui renferment de nombreuses impuretés.

M. Gaucher se sert de la formule suivante :

Benzoate d'hydrargyre.....	0 gr. 30
— d'ammonium.....	1 — 50
— de cocaïne.....	0 — 75 à 0 gr. 15
Eau distillée stérilisée q. s. p.	30 centim. cubes

et injecte quotidiennement 2 centim. cubes de cette solution, soit 0 gr. 02 centigr. de benzoate de mercure.

Les injections se pratiquent dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse. On doit les continuer pendant deux mois, s'il est nécessaire, et ne les suspendre que si la médication est mal supportée localement (formation de nodosités), ou généralement (hydrargyrisme).

Ce mode de traitement a tous les avantages des injections de sels solubles de mercure, et, en outre, il est très rarement douloureux, surtout si l'on a soin de se servir d'une aiguille fine en platine iridié.

Les indications précises sont, d'après M. Gaucher, le chancre syphilitique phagédénique ; les syphilides cutanées généralisées ; les gommes précoces ; les plaques muqueuses rebelles ou récidivantes; les accidents nerveux précoces ; les cas d'intolérance stomacale pour le traitement mercuriel.

Enfin l'usage du benzoate de mercure chez les femmes enceintes syphilitiques, leur permet en général d'accoucher à terme, d'un enfant bien portant et indemne de lésions spécifiques. — P. B.

CLINIQUE MÉDICALE

De quelques symptômes au cours de la fièvre typhoïde. — La dothiénentérie a donné lieu, dans ces derniers mois, à un certain nombre de travaux intéressants, se rapportant tous à l'étude clinique de la maladie ; nous allons passer en revue quelques-uns d'entre eux.

M. Bômchis (*Th. de Paris*, 1901), rapporte deux observations originales de *hoquet* au cours de la fièvre typhoïde, qu'il a recueillies dans le service du Pr Dieulafoy ; il s'agit, bien entendu, de hoquet protopathique, et non du hoquet symptomatique de péritonite par perforation, ou d'appendicite paratyphoïde (Dieulafoy) ; il ne s'agit pas non plus du hoquet terminal agonique. Ce hoquet protopathique est intermittent ou continu, accompagné ou non de vomissements ; il ne se montre pas au début de la maladie, mais seulement à la fin du second septénaire ou au commencement du troisième. Il a une grande influence sur l'état général : le système nerveux surmené cède, et le malade tombe dans un état de dépression grave ; l'insomnie est absolue ; l'inanition peut être la conséquence des vomissements continus. Au point de vue séméiologique, ce hoquet a une grande importance : d'une part, en effet, il importe de le différencier du hoquet péritonitique, ce que l'on fera par la recherche attentive d'autres symptômes de péritonite ; d'autre part, il indique une intoxication profonde de l'organisme, et particulièrement une atteinte du système nerveux ; aussi son pronostic est-il particulièrement grave, sans cependant être fatalement mortel. Son traitement est celui de l'intoxication typhique, et le meilleur moyen de supprimer le hoquet est de désintoxiquer l'organisme par la pratique systématique des bains froids, auxquels on ajoutera, s'il le faut, les injections de sérum artificiel.

L'existence de la douleur à la pression, dans la fosse iliaque droite, au cours de la dothiénentérie, est une notion classique. Cependant, ainsi que nous le le montre M. Martin (*Th. de Paris*, 1901), le symptôme *douleur abdominale* peut ressortir à de nombreuses complications de la maladie, qui pourraient passer inaperçues si l'on se bornait à constater la douleur sans en rechercher les caractères : telles les complications pleuro-pulmonaires, qui s'accompagnent parfois d'un point de côté abdominal ; d'où la nécessité de pratiquer toujours un examen approfondi des organes thoraciques : tels les hématomes,

Digitized by Google

ruptures, abcès des muscles de l'abdomen ; telle l'orchite typhique qui peut s'accompagner d'une douleur propagée à la fosse iliaque droite. Dans des cas rares, il peut s'agir d'une thrombose de la veine iliaque. Enfin, il faut toujours songer, en présence d'une vive douleur iliaque, à la possibilité d'une péritonite par propagation ou appendicite paratyphoïde, pour M. Dieulafoy.

La *douleur des orteils*, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, est un symptôme peu connu, et auquel en tous cas on serait tenté d'attacher peu d'importance. M. Guny (*Th. de Paris, 1901*), rapporte plusieurs cas dans lesquels il observa ce symptôme, et en montre toute l'importance pronostique : cliniquement, il s'agit de douleurs névralgiformes, de crampes, siégeant ou prédominant sur les orteils, ordinairement bilatérales, et possédant comme toutes les névralgies un début variable, brusque ou progressif, et une marche progressivement croissante ou décroissante ; ce symptôme apparaît du 25e au 30e jour, au moment de l'apyrexie complète. Le plus souvent l'évolution en est bénigne, et la guérison survient ; mais parfois la douleur des orteils n'est que le prélude d'accidents graves myélitiques ou névritiques. Et ce sont précisément ces cas graves qui nous permettent de concevoir la pathogénie du symptôme, et de le rapporter, suivant les cas, soit à une myélite, soit à une névrite périphérique, soit à une artérite pariétale (forme de Barié). Le pronostic de l'affection se tire de ces considérations cliniques et pathogéniques ; bénin dans la plupart des cas, il doit cependant être réservé, au point de vue de la possibilité d'une myélite ou d'une thrombose artérielle consécutives.

Les dothiénentéries à forme nerveuse sont le plus souvent adynamiques ; l'ataxie est rare, et généralement localisée, se manifestant par de la carphologie, des soubresauts des tendons, par l'exagération des réflexes, par la corde musculaire que l'on détermine en pinçant certains muscles, par la tétanie ou contraction intermittente des extrémités. M. Artaud (*Th. de Paris*, 1901), rapporte un cas de *contractures généralisées* au cours de la fièvre typhoïde, survenu chez un malade névropathique ; les contractures se montrèrent dès le début de la maladie, au moins à l'état d'ébauche ; elles atteignirent non seulement les membres, mais aussi le tronc, la nuque, le col de la vessie, la langue, le pharynx ; il y avait de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde. La pathogénie de ces contractures paraît résider (Chantemesse et Lamy) dans l'association à la toxine typhoïdique, dont on connaît le rôle déprimant, de substances toxiques qui se manifestent physiologiquement par des effets d'apparence contraire à ceux que produit le poison typhique normal. Ces substances semblent n'exister dans le sang qu'à la période réactionnelle de la maladie. — H. B.

Le phénomène sciatique croisé. — Tout le monde connaît le signe de Lasègue dans la sciatique. Il consiste dans l'apparition d'une douleur vive à la fesse et à la cuisse quand on soulève le membre malade en maintenant le genou en extension, le sujet étant couché sur le dos. La douleur est nulle ou beaucoup moindre quand le genou se fléchit en même temps que la cuisse. Cette douleur est due à l'élongation du nerf, comme Beurmann l'a démontré (*Archives de physiol.*, 1884). Elle apparaît aussi quand on redresse le pied, le membre étant peu ou pas relevé.

Ce qui est curieux c'est qu'on peut souvent faire apparaître la même douleur en soulevant l'extrémité saine d'un angle de 30° à 100°. Parfois on ne réussit à la provoquer qu'en mettant rapidement le genou en extension, le membre étant relevé. Le Dr Fajersztajn de Lemberg étudie ce signe depuis 1896, et l'a montré à plusieurs de ses confrères polonais qui l'ont également retrouvé. (*Wiener Klin. Wochenschrift.*) Il l'a noté dans 60 0/0 de toutes les observations. Comment l'expliquer ? Des recherches faites sur le cadavre ont montré à Fajerzstajn qu'une traction même légère, exercée sur le nerf sciatique au niveau de la cuisse, se transmettait jusqu'à la dure-mère spinale, et par son intermédiaire au nerf sciatique opposé. Si celui-ci est malade, le déplacement, si faible soit-il, suffit pour produire la douleur aux points fessier et fémoral. — Bd.

La langue noire pileuse. — Sous le nom de langue noire pileuse, de *nigritie linguale*, on désigne une affection de la langue ordinairement bénigne, fréquemment tenace, caractérisée par la présence en avant du V lingual d'un enduit brun plus ou moins foncé, disposé symétriquement sur les deux côtés de la langue. Cet enduit peut être comparé à une touffe de gazon, ou, suivant l'expression de Raynaud, à un champ de blé dont les épis, mouillés en renversés par une pluie d'orage, se réunissent en touffes épaisses, couchées et entrecroisées en tous sens.

L'affection peut se développer à tout âge aussi bien chez les gens bien portants que chez les malades, plus particulièrement chez les sujets présentant des troubles chroniques de l'appareil digestif ou une acidité prononcée du mucus buccal.

Anatomiquement, la langue noire est caractérisée par une hypertrophie des papilles de la langue, qui s'allongent et se kératinisent. Cette hypertrophie est causée par le développement d'un saccharomyces que M. Lucet a récemment étudié (*Archives de parasitologie, 20 mai 1901*).

Digitized by Google

Lorsqu'on examine au microscope le produit du raclage de la langue, on voit des brins flexueux, longs de 1 à 16 millimètres, formés de cellules épithéliales cornées ; entre ces filaments ou à leur surface se voient des cellules ovoïdes ou allongées, sans mycelium.

Le saccharomyces linguœ ilosœ se cultive particulièrement bien sur les milieux acides et sucrés par la glycose ou la levulose ; il est arrêté dans son développement par l'iode et l'acide picrique. Il ne paraît point pathogène, sauf pour la souris.

Des propriétés biologiques de ce saccharomyces on peut déduire le traitement de la langue noire pileuse qui consistera à alcaliniser la bouche par des lavages répétés à l'eau de Vichy, ou des attouchements avec une solution boratée ; puis à détruire le parasite par des applications de teinture d'iode ou d'une solution picriquée. — E. L. M.

Relations entre la pituitaire et l'appareil génital. — Cette question a été traitée à la Société Império-Royale de Vienne (Janv. 1901.) En 1893, Fliers, de Berlin, avait publié un traité sur ce sujet, mais le livre, mal fait, avait passé inaperçu dans les milieux scientifiques ; l'auteur y prétendait que les douleurs menstruelles habituelles ou celles de la dysménorrhée pouvaient être absolument et immédiatement calmées par une anesthésie de deux endroits de la muqueuse nasale ; ces deux points génitaux étaient la partie antérieure du cornet inférieur, et le tubercule de la cloison. Le point du cornet serait en relation avec les douleurs hypogastriques, celui de la cloison avec les douleurs lombaires.

De prime abord ces assertions semblaient sinon absurdes, du moins erronées. Néanmoins A. Schiff les a contrôlées, et les résultats ont été tels qu'il n'a pas hésité de les porter à la tribune de la Société médicale. En évitant tout ce qui pouvait suggestionner la femme ou même attirer son attention sur une relation entre l'examen rhinologique et ses douleurs menstruelles, il lui anesthésiait la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne au vingtième et 70 fois sur cent les douleurs abdominales cessèrent sur le champ. Quand la dysménorrhée était d'origine mécanique — déviations utérines, pelvipéritonites chroniques, etc. — l'anesthésie nasale ne donnait aucun résultat ; de là les 30 pour cent d'insuccès.

Koblank, assistant d'Olshausen, Ruge et Knorr ont eu des résultats analogues à Berlin, et Redlich, Weill, Grossmann, Gomperz, à Vienne. La cautérisation ignée des points génitaux a donné chez quelques femmes une accalmie de plusieurs mois, d'autres fois elle a échoué.

Nous n'entrerons pas dans les discussions sur ces faits ; la lecture dans le compte-rendu original nous les a fait paraître absolument oiseuses. Rappelons simplement que la pituitaire est très sensible au moment des règles. Mentionnons aussi les résultats obtenus dans certains asthmes par l'anesthésie de la muqueuse nasale. Inoffensif qu'il est, ce traitement mérite d'être également essayé chez nous. — Bd.

OBSTÉTRIQUE

Du galactocèle. — Le galactocèle est une formation kystique remplie de lait pur ou modifié, mais ces modifications comprennent les substances les plus disparates, de couleurs diverses, de consistance variée.

Tabakian (*Th. Montpellier*, 1901) divise les kystes laiteux en deux catégories :

1° Véritables kystes laiteux survenus dans les glandes surnuméraires par un mécanisme où la rétention et l'accroissement de l'organe se rencontrent simultanément ; ils sont d'une grande rareté.

2° Galactocèles ordinaires contenant une substance laiteuse, crémeuse, survenant dans les glandes principales ; le plus souvent à évolution lente.

La première catégorie comprend les véritables kystes, toute l'affection est le kyste ; la seconde a une anatomie pathologique toute différente ; un peu analogue aux adénomes, dont la pathogénie est encore trop obscure pour qu'on puisse rapprocher ces galactocèles des adénomes.

La théorie infectieuse des galactocèles n'est qu'une pure hypothèse fondée d'une part sur des interprétations fausses, rapprochant le kyste laiteux de l'abcès laiteux ; d'autre part sur une confusion des produits de dégénérescence des cellules avec des éléments figurés (staphylocoques).

La rétention survenue dans un conduit galactophore ne détermine pas la formation du kyste ; il faut qu'il y ait coïncidence entre la rétention et un état embryonnaire de l'organe évoluant vers le développement parfait. En fait, ces kystes ne se voient que sur des glandes surnuméraires.

Ces notions étant acquises, il ne faut attacher qu'une importance secondaire à la théorie qui prétend expliquer les diverses apparences du contenu par des modifications du lait. La description de Pilliet est la meilleure preuve que le lait n'est pas toujours le contenu primitif du galactocèle.

Dans les galactocèles ordinaires, la paroi du kyste fonctionne et déverse, dans la poche, sa sécrétion qui n'est pas du lait pur.

Donc la plupart des galactocèles crémeux sont crémeux dès le début.

Digitized by Google

Quant au galactocèle séreux, on doit admettre qu'il est dû à unesécrétion anormale des parois du kyste ou à une cause infectieuse qui change la nature du lait. Il y a même lieu de le rapprocher des glandes sébacées, chroniquement enflammées et qui peuvent, elles aussi, sécréter une substance analogue ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Dans tous les cas, le contenu séreux n'est pas dû à l'absorption des éléments caséeux, comme on l'a prétendu jusqu'à ce jour. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications opératoires dans le rein mobile. — Ces indications ne sont pas faciles à poser et le clinicien sera souvent embarrassé. Devra-t-il se guider sur le degré de mobilité du rein, devra-t-il n'opérer que les néphroptoses des 3e et 4e degré, et se contenter pour les autres de recommander l'usage de la ceinture ? Non, car il est aujourd'hui démontré que des reins très peu déplacés donnent lieu à des crises douloureuses très violentes, incompatibles avec la santé, tandis que des reins flottants dans l'abdomen et extrêmement mobiles sont bien supportés par les malades et n'amènent aucune complication. Le degré de mobilité du rein ne peut donc servir de base aux indications opératoires.

Nous pensons avec bien d'autres que c'est au cortège symptomatique que devra s'adresser le clinicien pour prendre une décision.

Et tout d'abord, il est un certain nombre de reins mobiles qui ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel, et qui sont découverts par hasard. Ceux-là ne sont pas justiciables d'une opération, et il ne viendra certainement pas à l'esprit d'un chirurgien consciencieux de les opérer, sous prétexte qu'ils peuvent ultérieurement être le point de départ de complications. L'abstention s'impose dans ces cas.

A l'opposé de ces cas, assez nombreux d'ailleurs, se présentent ceux dans lesquels le rein mobile est le siège d'une altération plus ou moins grave : néoplasmes, hydronéphroses, pyélo-néphrite avec ou sans calculs. Ici, pas de doute non plus ; le devoir est d'intervenir, en appropriant l'intervention aux diverses circonstances, et l'on fera soit la néphrectomie, si le rein est atteint d'une tumeur ou s'il est le siège d'une lésion inflammatoire très prononcée, qui rend son fonctionnement illusoire (dans ce cas, il faudra s'assurer de l'état du rein opposé), soit la néphrorraphie simple ou avec transplantation de l'uretère (urétéro-pyélo-néostomie), s'il s'agit d'hydronéphrose ou de pyélo-néphrite.

Mais les cas intermédiaires entre ces deux extrêmes, cas qui sont assurément de beaucoup les plus fréquents, sont bien plus embarrassants et mettent à contribution la sagacité du clinicien. Il devra rechercher si les troubles présentés par les malades sont sous la dépendance du déplacement rénal, et uniquement dus à ce déplacement. Cette recherche est souvent malaisée, car il n'est pas toujours facile de déterminer si la douleur ressentie par le malade provient uniquement du déplacement du rein, ou si elle ne tient pas à une cause indépendante, telle que l'hystérie ou la neurasthénie. Cependant, quand les douleurs sont bien localisées au niveau du rein, quand elles surviennent par crises occasionnées par la fatigue, par certains mouvements, quand elles sont calmées par le repos dans le décubitus horizontal, il ne paraît pas douteux que la néphropexie ne soit indiquée. Si l'on constate les stigmates de la neurasthénie ou de l'hystérie, le problème est plus difficile à résoudre, car cet état nerveux lui-même peut être sous la dépendance du rein mobile, et disparaître avec sa fixation. Il faudra donc rechercher quelles relations existent entre les deux affections : l'état nerveux a-t-il pris naissance avec la mobilité rénale, ou l'a-t-il précédée ? Est-il exagéré par elle ? Si cela est démontré, la néphropexie est indiquée, car on a vu, avec cette opération, disparaître ou s'améliorer les troubles nerveux. Mais c'est là une question délicate qui demande une observation minutieuse et prolongée du sujet.

Il en est de même des troubles digestifs qui accompagnent souvent le rein mobile. Le chirurgien devra rechercher s'ils sont réellement dus au déplacement rénal, ou si ce dernier n'est qu'un phénomène accessoire d'un ensemble symptomatique complexe, tel que celui qu'on observe dans l'entéroptose ou dans ce type clinique décrit par Tuffier. Dans ces cas, la néphropexie, n'amenant en général aucun soulagement, doit être rejetée.

Nos conclusions seront donc celles-ci :

1° Ne pas opérer les reins mobiles qui ne donnent lieu à aucun trouble. Se contenter alors de l'usage d'une ceinture ;

2° Opérer ceux qui sont le siège d'une dégénérescence néoplasique ou inflammatoire telle qu'hydronéphrose, pyélo-néphrite, en appropriant l'opération aux diverses circonstances ;

3° Recourir à la néphrorraphie pour les reins mobiles douloureux, et pour ceux qui donnent lieu à des troubles digestifs, quand il est bien démontré que les douleurs et les troubles digestifs sont dus au déplacement du rein. Dans ces derniers cas, on pourra d'ailleurs, avant d'opérer, essayer l'usage d'une ceinture. — Guillet (*Assoc. franç. d'urologie*).

Digitized by Google

PHARMACOLOGIE

De la stérilisation du sérum de Cheron. — Deux formules de sérum de Cheron sont constamment employées, à savoir :

1° Chlorure de sodium	2 grammes	
Phosphate de soude	4	—
Sulfate de soude	8	—
Acide phénique pur	1	—
Eau distillée	Q. S. pour	100 cc.
2° Chlorure de sodium	2 grammes	
Phosphate de soude	4	—
Sulfate de soude	8	—
Eau distillée	Q. S. pour	100 cc.

La dernière formule ne diffère de la précédente que par la suppression de l'acide phénique dont l'utilité ne compense peut-être pas les inconvénients.

Quand on exécute l'une ou l'autre de ces préparations on n'obtient pas une solution limpide, il se forme un précipité assez notable qui va en s'accentuant si on chauffe, en sorte que la solution faite à froid et rendue limpide par filtration se trouble si on vient à la porter à l'ébullition, — la précipitation augmente quand on élève la température jusqu'à 120°. Il y a plus, si on chauffe à 100° la solution portée une première fois à 120° pendant une demi-heure et filtrée, on la voit se troubler de nouveau. Il semble que la décomposition, car il y a certainement décomposition, doive se prolonger très longtemps sous l'influence de la température.

Dans ces conditions, il est impossible de préparer le sérum de Cheron en ampoules, comme on le prescrit quelquefois, sous peine d'obtenir un soluté très louche qu'on ne saurait injecter et le seul moyen, encore qu'imparfait, qui reste à la disposition de l'opérateur est le suivant : Porter la solution à l'ébullition et la filtrer dans un flacon, en employant un entonnoir, un filtre et un flacon préalablement stérilisés. A quoi faut-il attribuer cette précipitation qui commence à froid et augmente quand on élève la température ? Théoriquement les sels dissous ne devraient pas réagir les uns sur les autres, aussi on peut, croyons-nous, faire intervenir comme explication de ce phénomène une question d'équilibre moléculaire, et, d'autre part, on ne saurait affirmer que, à chaud et sous pression, les sels en solution n'aient pas d'action sur la chaux du verre.

Quoi qu'il en soit, il résulte de nos essais qu'on s'exposera aux inconvénients que nous venons d'exposer chaque fois qu'on prescrira une formule de sérum contenant plus de 2 gr. 50 de phosphate de soude par litre et nous proposons le sérum suivant comme succédané de celui de Cheron :

Phosphate de soude	2 gr. 50	
Sulfate de soude	5 grammes	
Chlorure de sodium	10	—
Eau distillée	100	—

Cette préparation peut se prescrire sous forme d'ampoules. La solution se trouble bien à 120° mais redevient limpide à la température ordinaire. — A. Guillaumin.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Valeur sémiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales. — M. Pitres, de Bordeaux. Dans l'observation d'épilepsie partielle, communiquée récemment par M. Dieulafoy à l'Académie, il y a eu une erreur de diagnostic topographique, révélée par l'autopsie, sur laquelle l'auteur insiste longuement; mais il y a aussi une erreur d'interprétation qu'il convient de mettre en lumière.

En effet, l'épilepsie partielle, résultant habituellement de lésions irritatives de l'écorce cérébrale, est loin d'avoir une signification topographique aussi rigoureuse que les monoplégies dépendant de lésions destructives limitées. Elle prouve qu'il existe un processus morbide fonctionnel ou organique dans l'écorce cérébrale, mais elle ne permet pas à elle seule de diagnostiquer le siège et la nature de ce processus; elle ne permet pas de dire à l'avance s'il y a ou non une lésion du foyer de la zone motrice.

En général, les lésions susceptibles de provoquer des convulsions épileptiformes siègent dans le voisinage de la région corticale dont la destruction coïncide avec la paralysie des groupes musculaires convulsés au début de l'accès. Elles peuvent dès lors siéger indifféremment sur la zone motrice elle-même ou sur la zone non motrice, et il n'y a pas entre la forme de l'épilepsie partielle et la topographie de la lésion corticale provocatrice de rapport constant, comme il en existe entre les paralysies d'origine corticale et le siège des lésions destructives qui leur donnent naissance.

L'observation de M. Dieulafoy est un exemple de plus à ajouter à la longue liste des observations déjà connues dans lesquelles l'épilepsie jacksonienne a été provoquée par une lésion siégeant en dehors de la zone motrice ; elle ne porte aucune atteinte, ni grave, ni légère, à la doctrine des localisations cérébrales.

M. Championnière. L'épilepsie jacksonienne, sauf les cas où elle alterne avec des monoplégies bien nettes, avec des contractures bien isolées, peut indiquer une lésion approchant des centres moteurs tout aussi bien qu'une lésion des centres eux-mêmes.

D'autres symptômes indiquent la trépanation mieux encore que l'épilepsie partielle, et qui l'accompagnent bien souvent ; ce sont : la douleur et les vertiges. Ces signes affirment la nécessité de la trépanation ; le trouble épileptique en indique la région avec certitude ou avec à peu près.

La trépanation poursuit deux buts distincts. Il peut arriver qu'elle découvre une lésion limitée et destructive ;

Digitized by Google

c'est le but idéal à poursuivre. Elle doit aussi assurer une décompression, la détente directe du cerveau.

En un cas semblable à celui de M. Dieulafoy, avec cette symptomatologie pressante, même avec la certitude d'une syphilis antérieure, il faut intervenir. L'intervention est suffisamment guidée par la notion de l'excitation des centres moteurs si on lui demande une direction générale plutôt qu'une désignation topographique absolument précise et toujours au moins une détermination de côté.

Traitement des tuberculoses chirurgicales et de la tuberculose pulmonaire par le sulfure de carbone térébenthiné. — M. Delorme fait un rapport sur cette méthode imaginée par M. Coromilas, d'Athènes. Voici en quoi elle consiste :

Dans les cas de tuberculose pulmonaire, M. Coromilas injecte dans la trachée une solution de sulfure de carbone en se servant d'un instrument spécial qui permet au malade de respirer pendant qu'il pratique l'injection intra-trachéale. La seringue, dont la tige de piston est assez longue, est munie d'un embout représenté par une tige creuse terminée par une canule à deux tubulures concentriques, l'une centrale par laquelle passe le médicament, l'autre extérieure qui permet à l'air d'arriver jusqu'au poumon ou d'en sortir.

Les formules de la solution de M. Coromilas sont les suivantes :

Pour les injections pulmonaires :

Sulfure de carbone.....	2 parties
Térébenthine de Venise.....	1 —

1 goutte de ce mélange est incorporée à 1 gramme d'huile d'olive stérilisée.

L'instillation pulmonaire est faite avec 10 à 20 grammes de ce liquide, 10 grammes pour commencer.

L'injection intra-trachéale est répétée tous les quatre jours.

Pour les injections dans les tuberculoses localisées, M. Coromilas se sert de la même mixture, dans laquelle il remplace la térébenthine par le camphre, suivant la formule :

Sulfure de carbone.....	100 grammes
Camphre.....	2 —

Ce mélange est incorporé de 20 à 25 parties d'huile d'olive. On injecte la quantité nécessaire pour remplir l'abcès.

La formule des lavements sulfuro-carbonés est :

Sulfure de carbone.....	1 gramme
Huile d'olive térébenthinée ...	210 —

On émulsionne avec un jaune d'œuf.

Quant au sirop qu'il administre en même temps qu'il instille la solution sulfo-carbonée dans la trachée ou dans les cavités des tuberculoses chirurgicales, il a la composition du liquide de l'instillation. Les malades en prennent une cuillerée matin et soir.

Dans les tuberculoses chirurgicales ouvertes, les injections de sulfure de carbone modifient d'une façon avantageuse la suppuration, mais n'amènent pas toujours la guérison.

Dans la tuberculose pulmonaire, le sulfure de carbone térébenthiné, employé en inhalations, instillations intra-pulmonaires et en injections intra-caverneuses, serait, d'après M. Coromilas, un parasiticide efficace, bien supporté, susceptible de cicatriser les petits tubercules, et de circonscrire les grandes cavernes.

Plusieurs tuberculeux, soumis à ce traitement sous le contrôle de M. Delorme, ont présenté des phénomènes d'intolérance tels que le traitement a dû être interrompu sans qu'il ait amené une amélioration notable chez ces malades.

Sur la police sanitaire maritime et le séjour du « Sénégal » au lazaret du Frioul. — M. Proust répond aux critiques formulées par M. Bucquoy dans la dernière séance.

Deux questions sont à envisager : l'une est une question de doctrine, basée sur les principes scientifiques, d'où découlent les règlements de police sanitaire. M. Bucquoy est d'accord avec nous sur ce point. L'autre est une question de faits, sur lesquels a porté l'argumentation de M. Bucquoy.

Notre collègue insiste sur la nécessité de prendre des précautions contre les rats avant le départ des navires provenant des régions de peste. Ces animaux sont, en effet, les agents les plus actifs de transmission de peste.

L'application de nos règlements a précisément pour but la destruction des rats pendant le déchargement des navires, la désinfection par sulfuration et lavage au sublimé des soutes de tous les bateaux suspects.

On a été surpris qu'il n'y eût pas de sérum à bord du *Sénégal*. Les arrêtés ministériels prescrivent l'obligation d'être munis de sérum seulement aux navires à émigrants faisant escale dans les ports du Levant. Pour les autres navires nous sommes désarmés.

Quant à la question de l'absence du sérum au lazaret, elle ne s'explique pas ; d'autant plus que le Frioul doit toujours avoir une réserve pour parer à toute éventualité.

On a reproché la mauvaise organisation du lazaret du Frioul comme matériel et comme personnel.

Ce lazaret a, pendant les 10 dernières années, reçu seulement 119 passagers de première classe, soit une moyenne de 12 passagers par an. Le chiffre le plus fort des personnes isolées simultanément a été de 42. Le chiffre du personnel, en temps ordinaire, est basé sur ces chiffres. Il n'est donc point surprenant que, par l'arrivée subite de 174 passagers, les mesures prises jusqu'ici soient devenues insuffisantes.

M. Debove. — Il semble résulter de toutes les explications qui ont été données que les installations nécessaires aux quarantaines et aux désinfections sont insuffisantes. Elles le sont probablement en grande partie parce que l'Etat n'a point fait les sacrifices suffisants.

Certains chiffres sont à cet égard intéressants et doivent vous être rappelés.

Digitized by Google

En 1900, la recette du produit des taxes sanitaires s'est élevée à 1.529.515 fr. 38. Dans la même année, le total des dépenses s'est élevé à la somme de 584.356 fr. 33, d'où un bénéfice (pour la seule année 1900) de 945.159 fr. 05.

Si d'un autre côté nous prenons les chiffres des dix dernières années (1891-1900), nous trouvons que l'Etat a encaissé, comme taxe sanitaire, la somme de 13 701.935 fr. 89, que le total de ses dépenses sanitaires s'est élevé pendant la même période de temps à la somme de 5.239.075 fr. 86, et qu'il a par conséquent réalisé un bénéfice de 8.462.860 fr. 03.

Il est donc certain que si nos installations sanitaires laissent quelque chose à désirer, ce n'est pas faute d'argent. *(5 novembre.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pseudo-rhumatisme tuberculeux. — M. Galliard. — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire à marche lente, soignée par les injections d'huile gaïacolée, et qui brusquement offre les signes d'une granulie à déterminations péritonéales et pleuro-pulmonaires. Huit jours après l'apparition et pendant la croissance de ces accidents aigus, survient un pseudo-rhumatisme, localisé d'abord aux jointures des doigts, puis aux genoux et aux articulations médio-tarsiennes. Ce pseudo-rhumatisme dure 14 jours, et respecte le cœur ; sa disparition suit l'ouverture d'une collection purulente de la cuisse, consécutive aux injections huileuses, qui paraît jouer le rôle d'un abcès de fixation. La pleurésie cède ensuite, mais les signes de tuberculose pulmonaire persistent. Il semble que dans ce cas, il s'agisse d'un pseudo-rhumatisme infectieux, plutôt que d'une polyarthrite tuberculeuse aiguë, car les caractères biologiques d'une lésion tuberculeuse font défaut dans cette observation.

Oblitération spontanée de l'artère fémorale. — M. Barth. — Il s'agit d'un homme de 56 ans, ayant contracté, il y a cinq ans, une syphilis pour laquelle il suivit un traitement régulier pendant la première année. Deux ans après, il commença à ressentir d'assez vives douleurs dans la hanche gauche, puis dans le genou, le mollet et le pied du même côté. Ces douleurs n'ont jamais disparu malgré un traitement ioduré mal supporté. Elles se montraient à la suite de la marche ou d'une station prolongée debout; le membre devenait alors froid, des fourmillements intenses s'y produisaient, bientôt suivis d'une raideur musculaire qui faisait d'abord boiter le malade, puis le contraignait à s'arrêter.

Actuellement, l'artère crurale est complètement oblitérée depuis son origine et transformée au-dessous de l'arcade de Fallope en un gros cordon fusiforme, du volume de l'index, plein et dur, à surface inégale, indolore à la pression. Ce corps a l'aspect d'un reliquat d'anévrysme fusiforme oblitéré par des caillots sanguins rétractés; il se continue en bas avec un cordon beaucoup plus mince qui donne la sensation d'une artère vide. En haut, l'artère iliaque externe, animée de battements, paraît diminuée de volume.

Il existe une atrophie très prononcée de tous les muscles du membre inférieur, avec refroidissement marqué des tissus ; pas de troubles trophiques.

Lorsque le malade se met à marcher, le membre devient livide, le pied se gonfle, des fourmillements se font sentir; puis les muscles atrophiés se raidissent, se contractent le malade boite et ne tarde pas à être obligé de s'asseoir.

Les autres parties de l'appareil circulatoire ne présentent rien d'anormal.

Comme on le voit, les symptômes présentés par ce malade offrent la plus grande analogie avec ceux que Charcot a décrits à propos de la claudication intermittente par insuffisance artérielle du membre inférieur.

On peut admettre, dans le cas présent, que l'artère fémorale a été le siége d'un anévrysme, développé à la suite d'une syphilis tardive, qui, en se comblant peu à peu, a anémié la rétraction, puis l'oblitération de tout ce tronc artériel.

Intoxication saturnine chez un enfant, causée par un gobelet d'étain plombifère — M. Variot présente un petit garçon de 4 ans et demi chez lequel l'usage d'un gobelet d'étain a déterminé une intoxication lente par le plomb, caractérisée par un liseré gingival noirâtre, par une parésie des membres et surtout des membres inférieurs avec prédominance du côté des extenseurs des pieds. L'exploration électrique montre une diminution de la contractilité musculaire ; les reflexes tendineux sont à moitié abolis. On note de la pâleur des téguments; pas de coliques ni de rétraction du foie.

Les troubles de la mobilité disparurent assez lentement sous l'influence du traitement : emploi du miel soufré, de l'iodure de potassium, des bains sulfureux.

Cette intoxication a été déterminée par l'usage d'un gobelet, dans lequel on laissait séjourner assez longtemps les boissons de l'enfant : lait, eau rougie, tisane chaude, qui dissolvaient à la longue une notable quantité de plomb. En effet, l'analyse chimique de ce récipient montra qu'il se composait pour 100 grammes de substance, de 75 gr. 68 de plomb, de 14 gr. 80 d'étain, 8 gr. 73 d'antimoine et 0 gr. 79 de cuivre.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — M. Siredey présente un homme atteint de stomatite ulcéro-membraneuse à localisations staphylo-palatines, avec bacilles fusiformes et spirilles de Vincent, albuminurie.

M. Hirtz communique deux cas d'albuminurie orthostatique. (*25 octobre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Luxation ancienne de l'astragale. — M. Brossard, du Caire. Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui, dans un accident de voiture, se fit une luxation de l'astragale. Cette

Digitized by Google

lésion fut tout d'abord méconnue. Lorsque M. Brossard vit la malade un mois après, outre l'aspect caractéristique du pied, il existait sur le dos du pied une plaie ulcéreuse, correspondant à la tête de l'astragale luxée. Il n'existait d'autre moyen curatif que l'extirpation de l'os luxé et légèrement fracturé à sa base Deux ans après cette intervention, l'opérée peut marcher sans aucune difficulté. L'articulation nouvelle est solide, n'a pas de mouvements de latéralité ; les mouvements se font normalement.

Corps étranger de l'œsophage. — M. Sebileau communique une observation d'œsophagotomie externe Il s'agissait de l'extraction d'un sou, qu'un enfant de 3 ans avait avalé, et qui séjournait depuis 24 jours dans le conduit œsophagien. La radiographie l'avait montré très bas situé, à la hauteur du disque qui sépare la dernière vertèbre cervicale de la première dorsale. M. Sebileau recourut d'emblée à l'œsophagotomie externe. En effet, la paroi œsophagienne, au contact du corps étranger, était très amincie, toute prête à se rompre au cours d'une tentative d'extraction par les voies naturelles. La voie cervicale était donc indiquée par le long séjour du corps étranger. Le petit malade guérit sans incident. (*30 octobre*).

BIBLIOGRAPHIE

Paradoxes sur la médecine, par le Dr Besançon. 1 vol. de 258 pages. Paris, 1901. Vigot frères, éditeurs. Prix : 3 francs.

Depuis quelque temps, le monde marche tellement à l'envers, que les « paradoxes » ne sont pas autre chose souvent que des vérités. Or, dans ce petit livre, les paradoxes-vérités sont racontés avec beaucoup de verve, dans un style souvent fort original, toujours avec esprit, et l'on peut dire de l'auteur : *Castigat ridendo mores*. Beaucoup de médecins « écopent », et moi-même j'ai été trois fois nommé, avec une petite égratignure (un prix et deux accessits, plus une mention honorable pour le *Journal des Praticiens*). Il n'y a pas moyen de se fâcher : d'abord, ces gens d'esprit ont souvent tant de cœur ! Et puis, il faut bien le dire : il y a toujours une part de vérité, même dans ce qu'on croit être une exagération. Exemple :

M. Besançon ne croit pas à la contagion de la tuberculose, et il dit cela en mettant les rieurs de son côté. Exagération, sans doute. Mais, il y a là une part de vérité, et depuis longtemps j'ose penser que la contagiosité dont on parle trop, fait tort à l'hérédité dont on ne parle plus ; et c'est ainsi qu'au nom de la contagion on isole les malades, et que sans souci de l'hérédité et de la conservation de l'espèce, on les accouple !

Lisez aussi ce que Besançon dit des sanatoria : « J'affirme, dit-il, que si l'on tient à la désinfection des crachats, il n'y a pas besoin d'être dans l'Engadine ou en Silésie pour vider un crachoir dans les cabinets ». Lisez tout cela : les chapitres « critique et déontologie », « alcoolisme et artério-sclérose », et vous apprendrez beaucoup de vérités sous une forme plaisante et agréable. Il y a tant de publications ennuyeuses à lire, que l'on peut bien s'arrêter à l'une d'elles, lorsque sa lecture vous fait passer de bons moments. ; car, ainsi que l'écrit l'auteur :

« Jamais autant qu'aux jours présents, les compilations médicales n'ont été faites de cire impure. Et les frelons bourdonnants, qui font du bruit et non du miel, ont chassé les abeilles, filles de la lumière, qui, au dire du poète, cueillaient les sucs divins sur la bouche des roses et sur les lèvres de Platon. »

Oh ! Les frelons, les frelons ! On a écrit les « Guêpes », et Théophile Gautier, dans ses « Grotesques », parle déjà des « frelons de la littérature. »

Qui dira les frelons de la médecine ?... — H. Huchard.

A travers la médecine, par H. Guimbail. 1 vol. in-8° de 135 pages. Paris, 1901. Maloine, éditeur. Prix : 3 francs.

Voici un autre petit livre, complément du premier, à certains points de vue. Il aborde aussi des questions fort intéressantes ; il est bien écrit, ce qui ne gâte jamais un livre, et il est presque toujours bien pensé, ce qui n'est pas banal. Du reste, la mention de quelques-uns des 21 chapitres qui le composent, va nous montrer tout l'intérêt qu'ils présentent : *Bon pour le mariage; Hasard et concours; La lutte contre la tuberculose; Les progrès de la médecine; L'assistance aux tuberculeux; L'hystérie au tribunal; Grossesse nerveuse; La gynécologie nouvelle*, etc. — H. H.

Terminologie médicale en huit langues (*Lexicum medicum polyglottum*), par Em. Laurent. Paris, 1902. Maloine, éditeur. Prix : 22 francs.

Voici un dictionnaire destiné à rendre de grands services, comme on va le voir :

Pour les personnes qui lisent le français, il suffit de chercher le mot dont on ignore le sens au lexique commun (lexicum commune) : on en trouvera immédiatement la traduction en latin (L), en allemand (D), en anglais (A), en italien (I), en espagnol (E), en portugais (P), en russe (R).

Pour les personnes qui lisent une langue autre que le français, il suffit de chercher le mot dont on ignore le sens au lexique spécial à la langue à laquelle il appartient et où il figure avec une indication (page et numéro d'ordre) renvoyant au lexique commun où on le trouvera avec sa traduction dans chaque langue.

Voici un exemple : *Huile de foie de morue*. D. Leberthran. — A. Cod. liver oil. — I. Olio di fegato di merluzzo. — E. Aceite de higado de bacalao. — P. Oleo de figado de bacalhas.

En un mot, dictionnaire indispensable pour tous les chercheurs et les travailleurs. Puisqu'il s'agit d'un livre indispensable, nous ne demanderons qu'une chose pour la seconde édition : un alphabet russe, et une translation en *français* des mots russes.

Cette publication fait honneur à l'auteur que nous félicitons et remercions de son grand labeur, et à l'éditeur que nous ne féliciterons plus, puisque toutes ses œuvres et innovations (parmi lesquelles la « Maloine médicale roulante » qui rend tant de services) sont si bien accueillies et appréciées par tous les étudiants comme par tous les praticiens. — H. H.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Opération de la cataracte

Par F. Terrien, *chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Paris*

Les procédés d'extraction de la cataracte, si on excepte les cataractes compliquées que nous réservons ici, peuvent se réduire à deux : dans le premier on respecte la membrane irienne et l'extraction est dite *simple*; dans le second on excise un segment de l'iris avant de faire l'extraction et l'opération est dite *combinée*.

Chacune de ces deux méthodes a ses avantages et ses inconvénients. Nous les décrirons successivement avec leurs indications respectives.

I. — Extraction simple

Indications cliniques. — Encore appelée *extraction à grand lambeau*, cette méthode est le procédé de choix dans tous les cas de cataracte non compliquée. Pratiquée pour la première fois par Jacques Daviel vers 1748, pour remplacer l'abaissement, elle a été presque universellement adoptée depuis cette époque avec certaines différences de détail. Nous décrirons ici l'opération courante, qui nous semble la plus pratique, sans nous arrêter aux modifications multiples apportées à la forme et aux dimensions du lambeau.

La consistance du noyau importe peu : une cataracte molle réclame un lambeau moins grand, mais certaines cataractes dures peuvent en imposer pour une cataracte molle, et comme le résultat est d'autant plus satisfaisant et la guérison d'autant plus rapide que le cristallin sort plus aisément, on ne craindra pas de donner toujours la même dimension au lambeau sans s'inquiéter de la nature de la cataracte, à condition, bien entendu, que celle-ci soit normale.

Par cataracte normale, la seule que nous ayons en vue dans tout ce chapitre, nous entendons la cataracte non compliquée, c'est-à-dire une cataracte sénile, mûre, sans adhérences avec la membrane irienne et sans aucune trace d'affection oculaire antérieure. La sensibilité rétinienne et le réflexe pupillaire de l'œil cataracté doivent être conservés et le sujet ne doit présenter ni sucre, ni albumine ni autre affection broncho-pulmonaire capable de compromettre le succès de l'opération. Sans doute la présence du sucre ne constitue pas une contre-indication absolue, mais elle mérite d'être prise en considération et l'opération sera différée jusqu'à ce que celui-ci ait disparu en tout ou en partie.

La cataracte doit être mûre on le reconnaît à l'absence complète de vision et à la disparition, par l'éclairage oblique, de l'ombre portée par le bord pupillaire sur le cristallin, ce qui montre que la totalité des fibres cristalliniennes est opacifiée. Une cataracte incomplète peut néanmoins être opérée, car certaines variétés, une fois arrivées à un certain degré, demeurent presque indéfiniment stationnaires et se complètent très lentement (cataractes des myopes, par exemple). Le sujet réclame alors une intervention et on ne peut lui refuser, mais il est préférable en général d'attendre la maturité, car la déhiscence du cristallin hors de la capsule est alors plus complète et les chances d'une cataracte secondaire moins grandes.

La cataracte une fois arrivée à maturité, demeure longtemps stationnaire et l'opération n'est jamais urgente. Si celle ci est différée, il est bon toutefois de revoir le malade plusieurs fois dans l'année afin de ne pas dépasser la période de maturité après laquelle la cataracte se rétracte, se subluxe même quelquefois, ce qui rend l'opération plus difficile et incertaine.

Si un seul œil est pris et l'autre normal, on attendra le plus longtemps possible, car l'anisométropie considérable résultant de l'intervention gêne beaucoup la vision et oblige quelquefois le sujet à placer devant l'œil opéré un verre opaque. D'ordinaire, on se borne, après l'opération, à ne pas prescrire de verres convexes de ce côté si l'autre œil est normal.

Enfin, on n'opérera jamais les deux yeux en même temps, une infection pouvant toujours se déclarer et se propager d'un œil à l'autre. D'autant plus que les suites opératoires de la première opération règlent la conduite à tenir pour la seconde : si un enclavement est survenu, par exemple, on ferait nécessairement l'extraction combinée sur le second œil et si, chose exceptionnelle, une hémorragie expulsive était apparue après l'opération, on serait autorisé à recourir à l'abaissement de la cataracte du côté opposé.

Manuel opératoire. — *Instruments*. — Blépharostat, pince fixatrice, couteau de de Graefe, kystitome, curette mousse de Daviel et spatule (1).

Le blépharostat doit écarter les paupières sans presser sur le globe. Il doit offrir une résistance assez grande pour s'opposer à la contraction des paupières sans toutefois être trop rigide et *pourra être enlevé à tout instant* par l'opérateur, rien que par le rapprochement des deux branches entre le pouce et l'index, sans l'intermédiaire d'aucune vis de pression.

(1) On aura, bien entendu, à portée les instruments nécessaires pour l'iridectomie, un petit crochet harpon et l'anse de Snellen, des complications pouvant se présenter au cours de l'intervention.

Digitized by Google

Opération. — L'œil ayant été anesthésié quelques minutes auparavant à l'aide de la cocaïne (collyre à 5 p. 100 en solution aqueuse, à 2 p. 100 en solution huileuse), le sujet est couché sur la table d opération située près d'une fenêtre et bien éclairée, et l'opérateur se place derrière la tête de ce dernier s'il s 'agit de l'œil droit, ou à sa gauche s'il s'agit de l'œil gauche. La tête du patient est recouverte d'une compresse humide stérilisée; l'œil à opérer est de nouveau légèrement savonné et lavé avec la solution de biiodure :

Biiodure d'hydrargyre	0 gr. 20
Alcool à 90°.....	16 grammes
Eau distillée bouillie	1 litre

Les bords ciliaires bien essuyés, une rondelle mouillée est appliquée sur l'autre œil, et l'écarteur est mis en place. L'écartement à donner varie suivant la largeur de la fente palpébrale, le volume et la saillie du globe oculaire, la profondeur des culs-de-sac. Il doit être modéré, car la commissure externe, trop fortement tendue, risquerait de se déchirer.

Les culs-de sac conjonctivaux sont irrigués avec la solution de biiodure tiédie au préalable, tandis que le malade est engagé à regarder successivement en haut, en bas, à droite et à gauche, afin de permettre au liquide d'atteindre les différents replis de la muqueuse, en particulier au niveau de la région de la caroncule où l'injection doit porter de préférence.

Fixation du globe. — Puis le globe est fixé à l'aide de la pince fixatrice tenue de la main gauche. Le point de fixation n'est pas indifférent : d'une mauvaise fixation dépend souvent une mauvaise section. *La conjonctive doit être saisie à l'extrémité nasale du diamètre horizontal de la cornée*, tout contre le limbe scléro-cornéen, et on prendra avec la muqueuse le tissu épiscléral sous-jacent afin de rendre la prise plus solide. Pour cela les mors de la pince, modérément écartés, dépriment la paroi du globe en faisant saillir la muqueuse dans leur intervalle et sont rapidement rapprochés. Ainsi fixé, exactement à l'opposé du point où le couteau va pénétrer, l'œil garde une immobilité relative pendant la section ; au contraire, si la conjonctive est prise en tout autre point, l'œil roule et n'a aucune fixité.

Puis avec le couteau tenu de la main droite, entre le pouce et l'index, comme une plume à écrire, le tranchant en haut et le dos du couteau reposant à la fois sur la racine de l'index en arrière et la gouttière formée par l'index et le médius en avant, les doigts n'étant pas trop rapprochés de la lame et l'instrument modérément serré afin de ne pas gêner le jeu du couteau, l'opérateur va faire la section (fig. 1 et 2).

Comme on le voit dans la figure 4, les deux mains

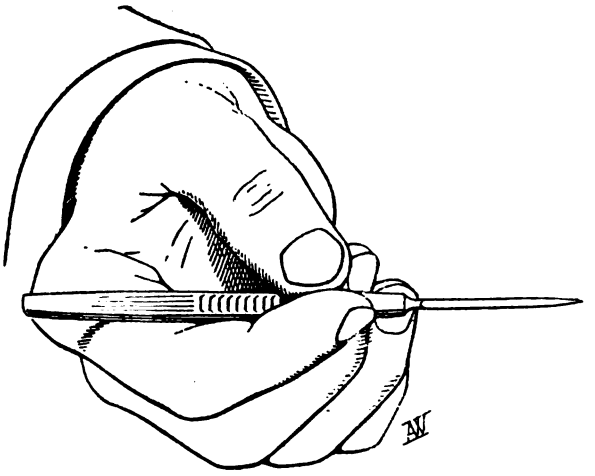


Fig. 1. — *Tenue du couteau. — Opération sur l'œil droit.*

du chirurgien doivent être appuyées afin de ne pas presser sur le globe et de donner plus de sûreté dans l'exécution de l'acte opératoire. La main gauche qui maintient la pince fixatrice est appuyée sur le front et la joue du côté gauche, tandis que la pince elle-même repose par sa partie moyenne sur le dos de la racine du nez, sans presser sur le globe. La main droite qui tient le couteau prend point d'appui avec le petit doigt sur la région malaire droite de l'opéré.

Premier temps. — *Section de la cornée* (1). — C'est là un des points les plus importants et les plus

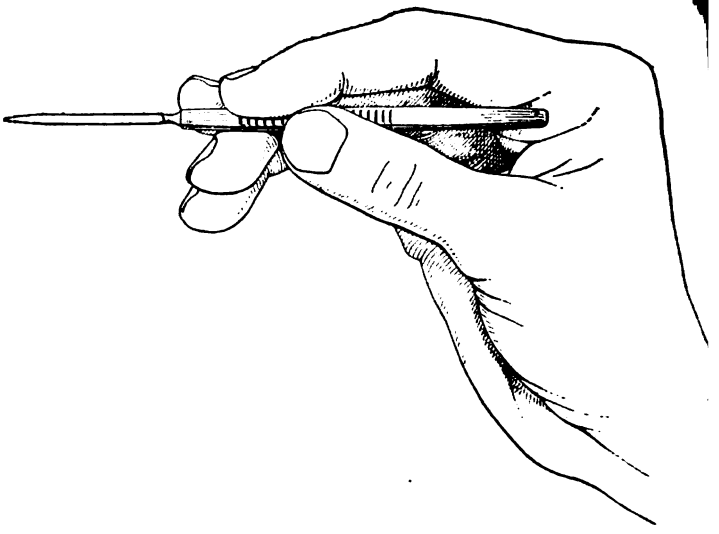


Fig. 2. — *Tenue du couteau. — Opération sur l'œil gauche.*

délicats de l'intervention, et on pourrait dire, sans trop exagérer, que l'opération de la cataracte, c'est la section.

(1) Pour plus de clarté, nous avons subdivisé chacun des temps principaux en temps secondaires, mais nous ferons remarquer que ce sont plutôt des *moments* de l'opération que des temps à proprement parler. Ils n'impliquent aucun arrêt dans l'exécution de l'acte opératoire et sont destinés seulement à montrer l'enchaînement des mouvements et à en assurer l'exécution parfaite.

Digitized by Google

Où doit se faire la section? Tous les points de la cornée ont été successivement proposés : on a même préconisé la section transversale (Küchler)! Sans entrer dans l'énumération des différents procédés, nous dirons que le lambeau cornéen doit avoir une dimension suffisante pour permettre aux cataractes, même volumineuses, de sortir sans difficulté; il doit être taillé de telle manière que la coaptation soit parfaite et la cicatrisation rapide.

La section sera faite en haut, car la paupière supérieure, tenant lieu de premier pansement, rend la coaptation des lèvres de la plaie plus facile; elle intéressera presque toute la moitié supérieure de la cornée (les deux cinquièmes exactement. Le couteau pénètre en dehors, à 1 millim. environ au-dessus du diamètre horizontal de la cornée, exactement au niveau du limbe scléro-cornéen, ressort à l'opposé de ce diamètre en un point exactement symétrique, et sectionne toute la moitié supérieure de la membrane en cheminant entre la sclérotique et la cornée sans empiéter ni sur l'une ni sur l'aure, de telle manière que la ligne d'incision se confonde avec le limbe scléro-cornéen (fig. 3).

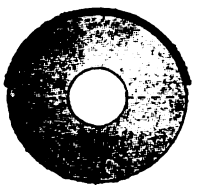


Fig. 3. — *Schéma de la section.*
La ligne pointillée représente le diamètre horizontal de la cornée.

a) Ponction et contre-ponction. — Avec le couteau tenu de la main droite, la pointe de ce dernier appliquée tout contre le limbe scléro-cornéen, à 1 millim. environ au-dessus du diamètre horizontal et le tranchant en haut, l'opérateur s'apprête à faire la ponction. Recommandant au malade de bien regarder en bas, la pointe est poussée doucement et en retenant un peu l'instrument, pour éviter tout ressaut lorsque la pointe, ayant perforé la cornée et n'éprouvant plus de résistance, pénétrera dans la chambre antérieure. Avant d'achever la ponction, c'est-à-dire de pénétrer dans la chambre antérieure, assurez-vous que l'instrument ne chemine pas entre les lames de la cornée. C'est que le couteau, au lieu d'être horizontal, est oblique et ne pénètre pas normalement au limbe; le manche est plus bas que la pointe et votre main est trop basse. Si vous poursuivez l'opération, l'instrument, après avoir cheminé obliquement entre les lames de la cornée, sortira bien en dedans du point de pénétration et vous aurez un lambeau défectueux, taillé en pleine cornée et beaucoup trop petit. Retirez donc franchement le couteau, à condition, bien entendu, que la pointe n'ait pas encore pénétré dans la chambre antérieure, et recommencez la ponction en ayant soin de bien relever la main.

La ponction faite, poussez lentement l'instrument parallèlement à la face antérieure de l'iris sans jamais revenir en arrière, en dirigeant la pointe vers l'ex-

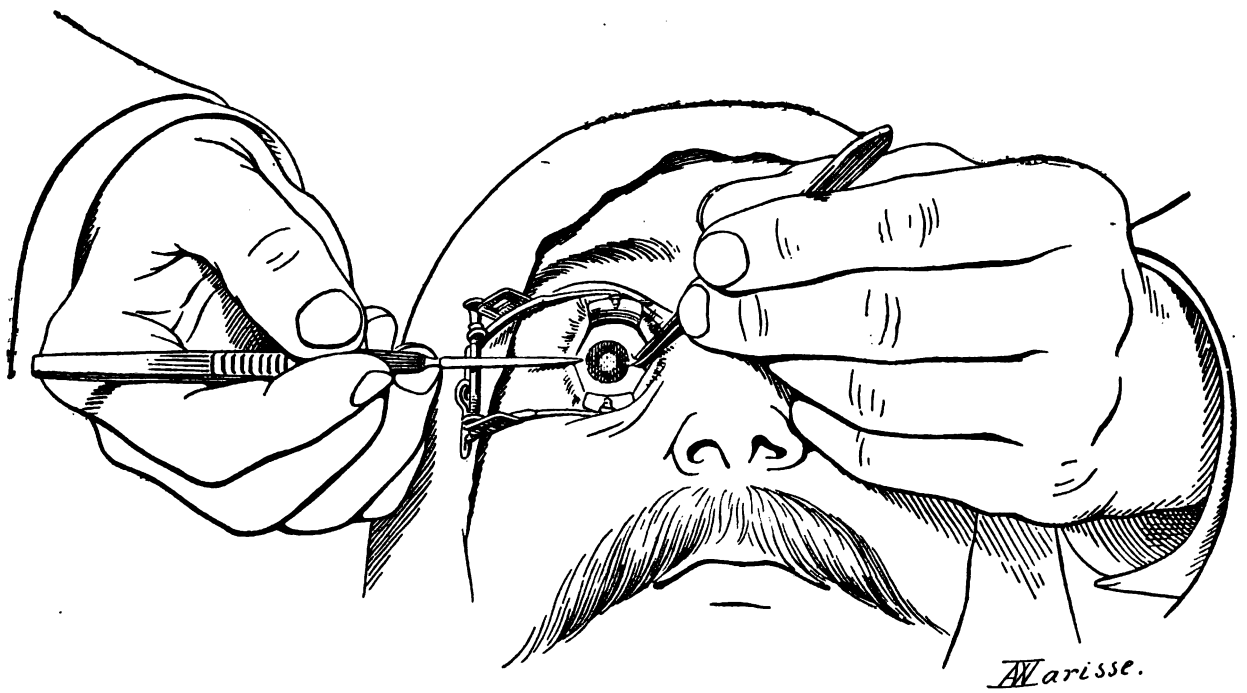


Fig. 4. — *Opération de cataracte sur l'œil droit. Premier temps.*
L'opérateur est placé derrière la tête du sujet. Le couteau est tenu horizontalement de la main droite et va pénétrer exactement au niveau du limbe. La pince fixatrice, appliquée exactement au point opposé de contre-ponction, maintient le globe. Elle repose par sa partie moyenne sur la racine du nez, masquée ici par la main gauche de l'opérateur. Les deux mains prennent point d'appui sur un plan résistant à droite et à gauche.

Digitized by Google

trémité nasale du diamètre horizontal de la cornée. Au fur et à mesure qu'elle avance, la lame, de plus en plus large, obture le point de pénétration et s'oppose à la sortie de l'humeur aqueuse. Mais si vous faites exécuter au couteau un mouvement de retrait, la plaie cornéenne n'étant plus exactement fermée s'entre-bâille, l'humeur aqueuse s'échappe, la chambre antérieure disparaît et vous ne pouvez plus achever la section sans embrocher l'iris qui vient se jeter sur le tranchant de l'instrument.

Donc, poussez le couteau aussi lentement que vous voulez vers le point de contre-ponction, mais *ne revenez jamais en arrière*, ceci est de toute importance.

La *contre-ponction* doit être faite, tout comme la ponction, exactement au niveau du limbe, à 1 millim. au-dessus de l'extrémité nasale du diamètre horizontal de la cornée. Par suite de la très grande ré-

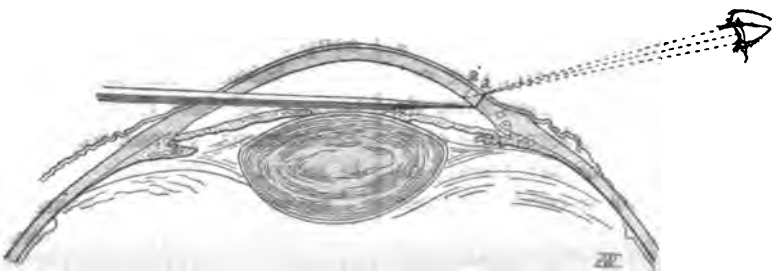


FIG. 5. — La pointe du couteau est exactement au niveau du limbe en a, prête à sortir de la chambre antérieure, et l'œil la voit en a', à environ 1 millim. en avant du limbe.

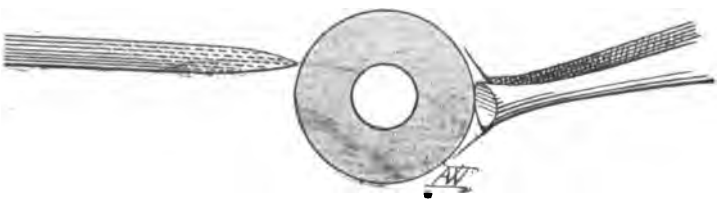


FIG. 6. — *Le couteau, tenu bien horizontalement, va faire la ponction exactement au niveau du limbe, à un millimètre environ au-dessus du diamètre horizontal.*

fringence de cette membrane, nous voyons la pointe du couteau un peu en avant du point où elle se trouve en réalité, et la figure 5 le montre très nettement. Il en résulte que pour sortir au niveau du limbe scléro-cornéen, nous devons diriger la pointe à 1 millim. environ en avant de lui, sinon nous sortirions dans la sclérotique.

Enfin, avant d'exécuter la contre-ponction, la main gauche abaisse la pince fixatrice (fig. 7) afin de ne pas gêner la sortie du couteau.

Pour résumer cette première partie du premier temps, nous dirons : « Ponction de la cornée au niveau du limbe scléro-cornéen, située à un millimètre au-dessus du diamètre horizontal de la cornée; pousser lentement le couteau et effectuer la contre-ponction lorsque la pointe est arrivée au point opposé, à un millimètre en-dedans du limbe.

Condition essentielle : Ne jamais revenir en arrière, afin d'éviter l'issue de l'humeur aqueuse.

b) *Section de la cornée.* — A l'inverse du précédent, ce deuxième moment doit être très rapide et doit suivre immédiatement la contre-ponction, car celle-ci à peine effectuée, l'humeur aqueuse s'échappe et la chambre antérieure disparaît. Il faut donc de toute nécessité, pour éviter d'embrocher l'iris, franchir le diaphragme irien avant l'issue de l'humeur aqueuse.

Pour cela, au moment d'exécuter la contre-ponction, abaissez légèrement le manche de l'instrument et sortez de la cornée en poussant la pointe en haut et en-dedans vers la racine du nez. La contre-ponction achevée, le manche s'abaisse de plus en plus tandis que la lame franchit l'orifice pupilaire et sectionne presque tout le quadrant supéro-interne de

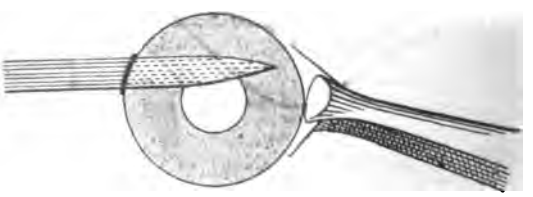


FIG. 7. — *La pointe du couteau, arrivée à un millimètre en avant du limbe, va faire la contreponction tandis que la pince fixatrice s'abaisse de manière à ne pas gêner le jeu du couteau.*

la cornée. L'humeur aqueuse peut maintenant s'échapper, la lame repose sur la face antérieure de

Digitized by Google

l'iris et s'oppose au prolapsus de cette membrane (fig. 4, 7 et 8.)

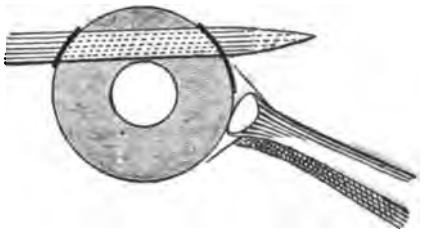


FIG. 8. — *La contre-ponction a été faite. Abaissant le manche du couteau et poussant en même temps la pointe en haut et en dedans, l'opérateur sectionne aussitôt presque tout le quadrant supéro-interne de la cornée; toujours au niveau du limbe.*

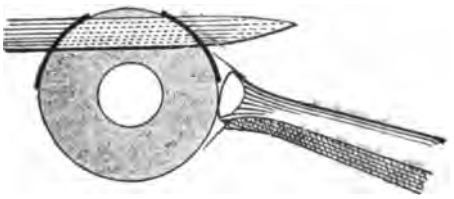


FIG. 9. — *Le manche de l'instrument étant relevé, on a sectionné avec le talon de la lame le quadrant supéro-externe et il ne reste plus qu'à terminer lentement la section.*

Relevant alors la main, sectionnez avec le talon de la lame la plus grande partie du quadrant supéro-externe, et la kératotomie est pour ainsi dire achevée ; le couteau a franchi la zone dangereuse et il ne reste plus qu'à terminer la section (fig. 9).

Donc la section doit être rapide ; elle suit immédiatement la contre-ponction et se fait en deux coups de couteau ou plutôt en un seul coup : le quadrant supéro-interne de la cornée est tranché avec la pointe de la lame et le quadrant supéro-externe avec le talon.

Remarque : Eviter soigneusement tout mouvement de scie.

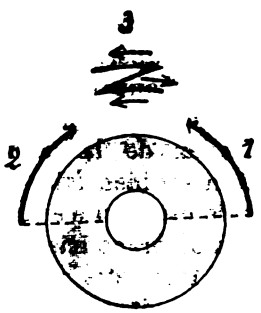


FIG. 10. — *Schema de la section montrant les mouvements d'archet du couteau.*
I. Contre-ponction et section du quadrant supéro-interne avec la pointe de la lance. — 2. Section du quadrant supéro-externe avec le talon. — 3. Achèvement lent de la section.

c) *Achèvement de la section.* — Il ne reste plus, pour terminer le lambeau cornéen, qu'à sectionner le petit pont supérieur demeuré intact. La section sera achevée très lentement ; on sortira ainsi exactement où l'on veut, sans risquer d'empiéter involontairement sur la cornée ou sur la sclérotique et surtout sans déterminer aucun à coup, précaution très importante afin d'éviter la sortie brusque du couteau et avec lui le prolapsus de l'iris.

Deuxième temps — Discission de la capsule. — Déposant alors le couteau, l'opérateur va procéder à l'ouverture de la capsule à l'aide du kystitome (1). L'œil étant toujours maintenu par la pince fixatrice et le sujet continuant à regarder en bas, le kystitome, légèrement recourbé à angle obtus et tenu de la main droite, est introduit à plat entre les lèvres de la plaie de manière à respecter à la fois la cornée et l'iris. Puis, arrivé un peu au-dessous du milieu de la pupille, le chirurgien imprime à l'instrument un mouvement de rotation de 90° qui amène la pointe du kystitome contre la capsule. Il fait alors à la surface de celle-ci deux ou trois incisions très superficielles, une discission trop profonde pouvant entraîner une subluxation du cristallin. Faisant alors exécuter à l'aiguille un nouveau mouvement de rotation de 90°, le kystitome est enlevé avec précaution et la discission est achevée.

On ne peut donner de règle précise au sujet de l'effort à développer pour déchirer la capsule et que seule l'habitude peut donner. On se rappellera que l'instrument ne doit pas presser sur le cristallin et le tranchant ne doit éprouver aucune résistance au moment où il déchire la capsule. Si la petite lame est bien tranchante, et c'est là une condition essentielle, elle incise la cristalloïde sans que l'opérateur s'en doute.

Troisième temps. — Extraction du cristallin. — — Puis, après avoir enlevé la pince fixatrice en recommandant au malade de regarder en bas et de respirer naturellement, la bouche ouverte afin d'éviter tout effort, l'opérateur, avec la spatule tenue de la main droite, et appliquée *à plat* sur le tiers inférieur de la cornée, exécute de petites pressions douces dirigées de bas en haut à la surface de la membrane tandis qu'avec la curette tenue de la main gauche, il déprime légèrement la lèvre supérieure de la plaie. Celle-ci s'entre-bâille, le cristallin exécute un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant, franchit le diaphragme irien, passe dans la chambre antérieure, et s'échappe au dehors ; l'extraction est terminée.

Lorsque la cataracte est molle, après la sortie du noyau le champ pupillaire et la chambre antérieure restent obstrués par les masses molles opacifiées. Celles-ci seront extraites comme précédemment par

(1) REMARQUE. — Le chirurgien ne doit pas quitter des yeux le champ opératoire et détourner la tête pour prendre un instrument, celui-ci fût-il à portée de la main. L'œil est ouvert ; c'est maintenant un kyste crevé dont le contenu peut facilement s'échapper et dans un pareil mouvement, la main gauche qui tient la pince fixatrice pourrait exercer une pression involontaire sur le globe et déterminer l'issue du vitré. L'aide n'a d'autre rôle que de placer dans la main même de l'opérateur les différents instruments dont celui-ci a besoin et d'enlever ceux devenus inutiles ; c'est là un rôle très important et sa présence est indispensable.

Digitized by Google

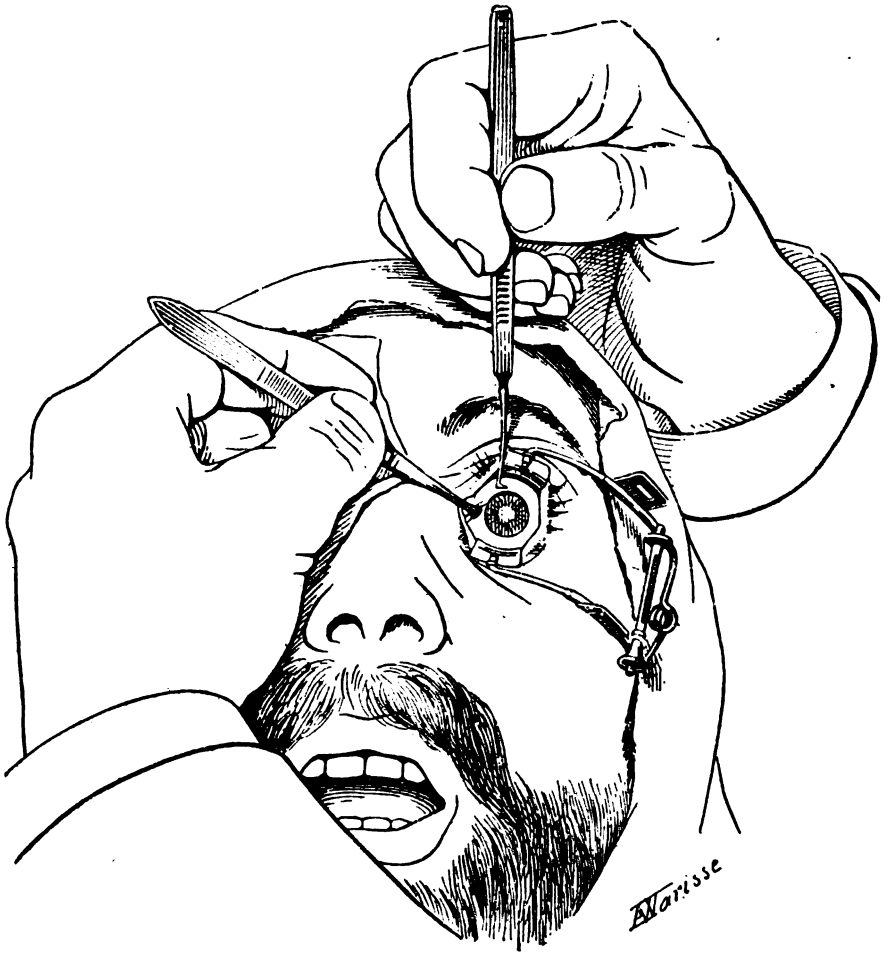


FIG. 11. — *Opération de cataracte. Œil gauche. Deuxième temps. Discission.*

Le kystitome est introduit à plat entre les lèvres de la plaie tandis que le malade est engagé à respirer doucement, sans effort, la bouche ouverte, afin d'éviter toute contraction. La main droite qui tient le kystitome, est appuyée sur le front du sujet, tandis que la main gauche maintient le globe avec la pince fixatrice.

de petites pressions douces de la spatule sur la partie inférieure de la cornée, et si cette manœuvre ne suffisait pas, on irait les chercher avec la curette introduite au besoin à plusieurs reprises dans la chambre antérieure jusqu'à ce que le champ pupillaire soit complètement pur.

On agira avec une extrême prudence et l'instrument ne doit pas séjourner dans la plaie, car un mouvement involontaire de la part du malade peut occasionner la perte du vitré.

L'opération est maintenant terminée. Le chirurgien enlève l'écarteur avec précaution en rapprochant les branches de celui-ci et en les tirant à lui afin de ne pas presser sur le globe. Puis, recommandant au malade de fermer doucement les paupières sans se contracter et comme s'il voulait s'endormir, il applique aussitôt sur l'œil opéré une rondelle de coton mouillée qu'il maintient par une très faible pression digitale contre l'angle interne des paupières afin d'assurer la fermeture de celles-ci. Au bout de quelques secondes, après avoir enlevé la petite rondelle, il exécute à travers la paupière supérieure un très léger massage du globe oculaire afin de bien réduire la membrane irienne. Soulevant ensuite légèrement la paupière avec l'index de la main gauche, il s'assure que la réduction est bien faite et dans le cas contraire, avec la spatule introduite entre les lèvres de la plaie, il déplisse la membrane irienne et répète au besoin une deuxième fois cette petite manœuvre jusqu'à ce que la pupille ait repris sa forme ronde. Ici encore il est important, si on veut écarter toute chance d'infection de ne pas employer la spatule qui a servi pour l'extraction au moment du troisième temps, car elle a pu être contaminée au contact de la cornée. Cette réduction de l'iris est très importante et ne doit jamais être négligée toutes les fois que la pupille n'a pas repris d'elle-même sa forme habituelle.

Digitized by Google

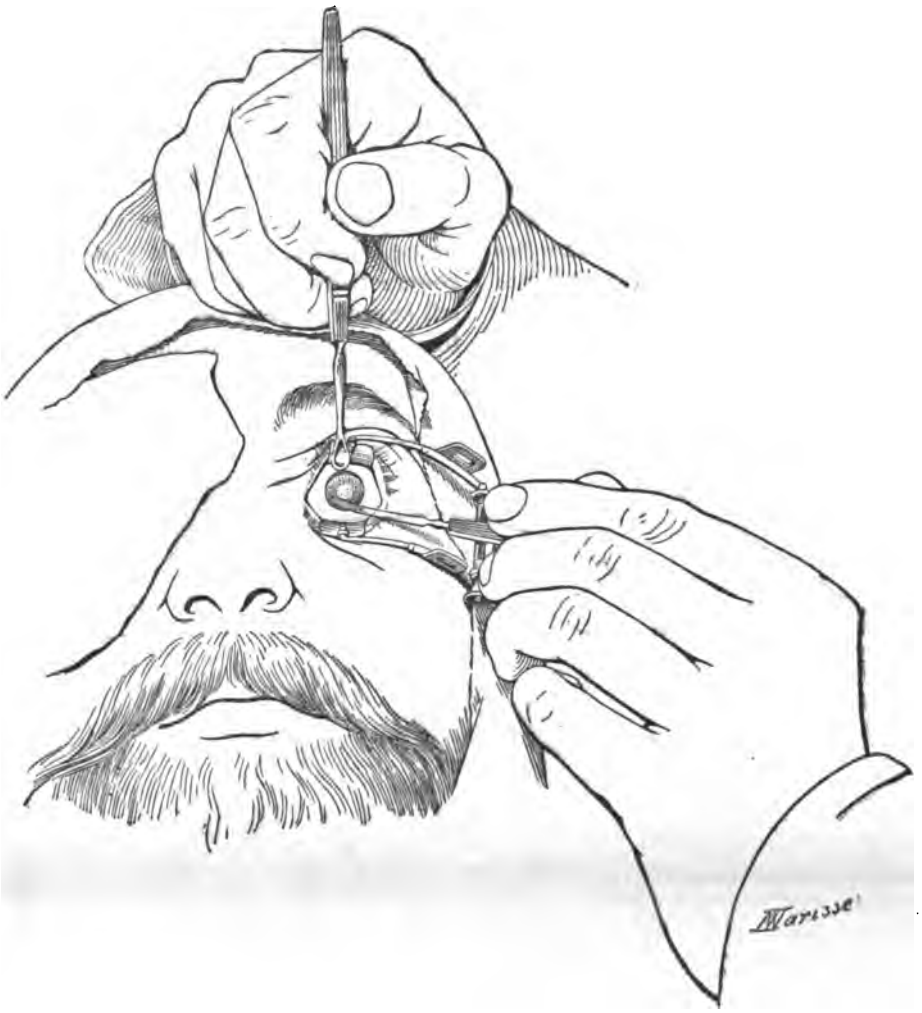


Fig. 12. — *Opération de cataracte. Œil gauche. Troisième temps. Extraction.*

La main gauche prenant point d'appui sur la région malaire du sujet presse légèrement avec la spatule appliquée à plat sur la moitié inférieure de la cornée, de manière à entrebâiller les lèvres de la plaie, tandis que la main droite, appuyée sur le front, déprime avec la curette mousse la lèvre supérieure de l'incision.

Remarque. — Nous n'enlevons l'écarteur, on le voit, qu'une fois l'opération terminée et cette méthode permet un nettoyage plus parfait de la chambre antérieure. On pourrait lui reprocher d'exposer davantage à la perte du vitré ; aussi ne doit-on pas l'ériger en règle absolue. Toutes les fois que pour une raison quelconque on peut craindre la perte de ce dernier (indocilité du sujet, *entrebâillement des lèvres de la plaie sous l'influence de petites contractions de l'orbiculaire*, légère hypertonie de l œil, etc.; toutes les fois, en un mot, que le malade ne présente pas une docilité parfaite, on devra, aussitôt la discission et quelquefois même avant ce deuxième temps, enlever le blépharostat et la pince fixatrice.

Recommandant alors au malade de regarder en bas, l'index de la main gauche soulève doucement la paupière supérieure sans exercer sur elle aucune pression et surtout sans chercher à lutter contre les contractions de l'orbiculaire, tandis qu'avec le kystitome tenu de la main droite on pratique la discission si celle-ci n'a pu être faite. Souvent aussi, chez les malades indociles, on est obligé de faire l'iridectomie dans ces conditions : tandis que l'index gauche relève doucement la paupière, l'iris est saisi avec la pince tenue de la main droite et l'excision de la membrane faite par l'assistant (voy. extraction combinée).

Extraction sans blépharostat. — Le malade est invité à regarder en bas et l'opérateur, se déplaçant vers la droite du malade s'il s'agit de l'œil droit, soulève la papière supérieure avec le pouce gauche appliqué parallèlement au bord libre sans presser du

Digitized by Google

tout sur le globe, de manière à permettre à la paupière de glisser au-dessous de lui s'il se produit une contraction de l'orbiculaire. Puis, avec le pouce droit appliqué de même sur la paupière inférieure parallèlement au bord libre, il déprime légèrement celle-ci de manière à entr'ouvrir les lèvres de la plaie cornéenne et à donner issue au cristallin qui s'échappe très aisément. Si des masses cristalliniennes restent retenues dans le champ pupillaire, elles sont extraites par le même procédé ou, au besoin, avec la curette mousse introduite entre les lèvres de la plaie, tandis que l'index gauche soulève la paupière.

Puis celui-ci est descendu de la table d'opération sans faire aucun effort et regagne son lit, transporté sur un brancard, ou même à pied, conduit alors par l'opérateur qui, le prenant par les deux mains, le dirige marchant lui-même à reculons.

II. — Extraction combinée

L'opération précédente laissant intacte la membrane irienne, la pupille reste ronde et conserve sa contractilité. Une fois la cicatrisation achevée, un œil exercé ne peut reconnaître l'aphakie qu'à la profondeur plus grande de la chambre antérieure, du

Fig. 18. — *Opération de cataracte. Œil droit. Troisième temps. Extraction du cristallin sans blépharostat.*

L'opération terminée et la pupille ayant repris une forme bien ronde, la paupière supérieure de l'œil opéré est légèrement soulevée avec l'index gauche et une goutte d'un collyre à l'ésérine à 1 p. 100 est instillée.

Un pansement binoculaire composé d'une ou deux rondelles de gaze stérilisée et de plusieurs rondelles d'ouate hydrophile reliées par une petite plaquette de coton passant à cheval sur le dos du nez, est appliqué modérément serré, tandis qu'un aide soutient la tête du malade en l'engageant à bien reposer celle-ci sur la main qui la soutient.

On ne saurait trop recommander au sujet de laisser aller naturellement la tête en arrière sur la main qui la soulève. Celui-ci a tendance à la maintenir de lui-même et cet effort peut amener la contraction du muscle orbiculaire,

tremblement de l'iris qui n'est plus soutenu par la lentille (*irido-donesis*) et à une légère strie cicatricielle blanche à peine visible au niveau du point où a porté la section.

Le résultat optique et esthétique est donc parfait et il semble que ce procédé doive remplacer tous les autres.

Mais, pendant les premiers jours après l'opération, alors que les lèvres de la plaie sont seulement coaptées et non encore cicatrisées, la membrane irienne peut, sous l'influence de causes encore mal déterminées, venir se prolaber au niveau de la section et s'enclaver entre les lèvres de la plaie.

Cet enclavement, dont les conséquences seront d'autant plus désastreuses qu'il est plus accentué (astigmatisme considérable, douleurs ciliaires, rétraction de la pupille attirée entre les lèvres de la

Digitized by Google

plaie ou même suppression totale de celle-ci, infection, etc.), doit être évité par tous les moyens. Le plus sûr réside dans l'exécution régulière des différents temps de l'opération et surtout dans la section franche et rapide du lambeau ; on ne saurait trop insister sur ce point. Mais il ne suffit pas toujours et il est alors nécessaire d'avoir recours à l'extraction combinée qui a précisément pour but d'éviter l'enclavement.

Manuel opératoire. — L'opération est sensiblement identique à la précédente : elle n'en diffère que par l'adjonetion d'un temps nouveau, l'iridectomie, qui doit suivre immédiatement le premier temps.

La section ayant été faite comme précédemment, le chirurgien maintient le globe avec la pince fixatrice tandis que l'aide, après l'avoir débarrassé du couteau, lui place dans la main droite la pince courbe à iris. Celle-ci est introduite fermée, la concavité en avant, entre les lèvres de la plaie, jusque près du bord pupillaire ; puis les mors de la pince sont entr'ouverts, déprimant légèrement la membrane irienne, la saisissent et l'attirent au dehors. L'aide, avec la pince-ciseaux de de Wecker, tenue verticalement, les branches perpendiculaires à la ligne d'incision, sectionne l'iris au ras de la cornée avec le talon de l'instrument, aussitôt que la membrane apparaît entre les lèvres de la plaie.

Il n'est pas nécessaire de faire une large iridectomie, une section d'étendue moyenne est suffisante pour protéger de l'enclavement et le colobome ne doit pas atteindre tout à fait la racine de l'iris (fig. 14).

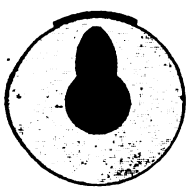


Fig. 14. — *Iridectomie au cours d'une extraction.*

L'iridectomie est suivie du troisième temps (discission de la capsule) et du quatrième (extraction) qui s'exécutent ici comme tout à l'heure.

On le voit, l'extraction combinée ne diffère pas de la précédente et comprend seulement un temps de plus : premier temps, section ; deuxième temps, iridectomie ; troisième temps, discission; quatrième temps, extraction.

L'extraction terminée, on réduira très exactement les coins du colobome avec la spatule, les angles de la brèche irienne ayant tendance à s'enclaver entre les lèvres de la plaie. Puis l'ésérine est instillée et un pansement binoculaire est appliqué comme précédemment.

Indications et résultats. — L'iridectomie ayant pour but de restreindre au minimum les chances d'enclavement après l'extraction par l'excision d'un fragment de la membrane irienne au niveau de la plaie, doit être faite toutes les fois qu'on a des raisons de craindre cet enclavement.

Ceci ne veut pas dire qu'on doive y recourir systématiquement dans tous les cas : la mutilation de l'iris qui en résulte, l'hémorragie qui l'accompagne, le retard apporté à l'exécution de l'opération par l'adjonction d'un temps nouveau, enfin l'accolement et l'enclavement des angles de la brèche irienne entre les lèvres de la plaie, l'enclavement capsulaire qui peut survenir ensuite et qui se rencontre beaucoup plus fréquemment avec l'extraction combinée, font qu'on ne peut généraliser l'opération.

On ne peut établir de limites précises ni de formule mathématique. L'extraction simple demeure, croyons-nous, l'opération de choix, l'opération idéale, et l'extraction combinée l'opération d'exception. Mais l'exception sera ici très fréquente : l'iridectomie sera faite toutes les fois que la cataracte n'est pas tout à fait normale et présente une complication quelconque, soit du côté de l'œil lui-même (synéchies postérieures, cataractes traumatiques, myopiques, subluxation du cristallin, hypertonie, etc.), soit du côté du malade (affection broncho-pulmonaire, nervosité et indocilité très grandes, sujets âgés supportant difficilement le séjour au lit, spasme de l'orbiculaire au cours de l'opération, etc.).

L'iridectomie, malgré tous ses inconvénients, constitue en quelque sorte une mesure de prudence, une soupape de sûreté, et quand on songe qu'un enclavement irien peut compromettre l'opération la mieux conduite, mieux vaut faire une iridectomie inutile que de courir le risque d'une telle complication. Elle sera donc pratiquée de propos délibéré dans tous les cas où l'on peut craindre l'enclavement, en particulier chez les malades indociles. Le lavage des culs-de-sacs conjonctivaux nous montrera si l'individu contracte violemment les paupières au moment de l'irrigation ; certains sujets clignent à tout instant et à peine l'écarteur est-il en place qu'on voit se dessiner sur le front des rides multiples. On n'hésitera pas, dans tous ces cas, en particulier chez les malades *à front plissé*, à faire l'iridectomie. Enfin, lors de cataractes molles, l'excision de l'iris peut permettre un nettoyage plus complet du champ pupillaire.

Pour nous résumer, nous dirons : l'extraction simple demeure la règle, à condition d'y ajouter l'iridectomie toutes les fois que les circonstances l'exigent, soit après le premier temps, soit à la fin de l'opération, suivant les complications qui peuvent se présenter, et souvent aussi suivant l'impression du moment (1).

(1) Extrait du traité devant prochainement paraître : « Chirurgie de l'œil et des annexes », par le Dr F. Terrien (*Traité de médecine opératoire et de thérapeutique*, publié sous la direction de P. Berger et H. Hartmann ; Steinheil, éditeur).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE LÉGALE

Expertise sur un cas de surdité par accident du travail. — L'application de la loi sur les accidents du travail met souvent le praticien dans l'obligation de formuler son opinion sur un cas médico-légal ; pour la plupart des lésions qui sont visibles dont on a vu de nombreux exemples et dont la marche ordinaire est connue, on n'éprouve pas de grandes difficultés à fournir une appréciation exacte du dommage subi par le plaignant.

Il n'en est pas ainsi pour les troubles de l'oreille qui peuvent être dus à une lésion profonde ne se révélant par aucun symptôme objectif, qui peuvent être exagérés ou entièrement simulés ; l'examen de la fonction étant purement subjectif est par cela même imparfait et on ne peut arriver à une conclusion ferme que s'il y a concordance complète dans les diverses épreuves subies par le malade.

Récemment, nous avons été commis par le juge de paix d'un arrondissement de Paris à l'effet d'examiner un ouvrier qui se plaignait d'être devenu sourd à la suite d'un accident de travail.

En février dernier, cet ouvrier fait une chute du haut d'une échelle, sur laquelle il se trouvait, par suite de la rupture de celle-ci. Il en résulte une plaie de l'arcade sourcilière, une contusion du thorax ; le malade est transporté sans connaissance à l'hôpital où il séjourne une semaine environ.

Bien qu'il n'ait pas eu d'hémorrhagie par le nez ni par les oreilles, ce qui aurait fait présumer une fracture du crâne et notamment du rocher, il constate, qu'à partir de cette époque, il fait souvent répéter les questions qu'on lui pose, en un mot, qu'il entend moins bien qu'autrefois ; à cela viennent s'ajouter de temps à autre des douleurs dans les deux oreilles et particulièrement dans la gauche et une sensation indéfinissable à la nuque.

Ce n'est que six mois après que nous fûmes chargé d'examiner le malade au point de vue des oreilles, les autres lésions étant consignées dans des certificats rédigés par des confrères.

Il y avait lieu : 1° d'examiner les oreilles pour constater s'il existait des lésions ; 2° d'établir s'il y avait de la surdité ; 3° si la surdité pouvait être attribuée à l'accident ou être modifiée par lui ; 3° si la surdité était simulée ou réelle.

L'examen du pharynx et du nez ne révèle aucune lésion actuelle ou récente.

A droite, le tympan est opalescent ; en avant du manche du marteau, il existe une plaque ronde de 2 millimètres environ de diamètre, de couleur plus sombre ; c'est une plaque atrophique ; on constate les mêmes lésions sur la membrane du tympan gauche.

Les manches des marteaux et les membranes de Schrapnell sont rouges et ces dernières épaissies.

Ces lésions indiquent un processus inflammatoire ancien, bien antérieur à l'accident ; aussi le malade, qui est de bonne foi, est obligé de convenir qu'il n'avait pas l'ouïe très fine ; de plus, la bilatéralité de la lésion ne concorde pas avec une origine traumatique au moins d'une façon habituelle ; nous avons vu plusieurs malades qui avaient perdu à peu près complètement l'ouïe à la suite d'une chute et dans tous les cas la perte de la fonction était unilatérale.

L'épreuve de Weber donne une sensation médiane ; le Rinne est positif des deux côtés ; le diapason la^3, placé près de l'oreille, n'est perçu que pendant $^1/_3$ à droite et $^2/_3$ à gauche du temps normal ; le sol^2 est relativement mieux perçu que le do^4.

Comme les épreuves sont répétées plusieurs fois et que nous avons toujours obtenu des chiffres équivalents, bien que le malade ne vît pas placer le diapason près de son oreille, il n'y avait pas lieu de soupçonner la simulation ; nous avons, du reste, fait l'épreuve avec l'otoscope interauriculaire et l'otoscope à trois branches qui a confirmé les dires du malade.

Il était donc acquis que la surdité était réelle et non simulée, que cette surdité pouvait être estimée à environ 1/3 de l'audition normale ; mais où commençait la difficulté, c'était dans l'estimation du rôle de la chute dans la production de cette diminution de la fonction.

La surdité était-elle simplement due aux lésions antérieures à l'accident ou ne devait-elle être attribuée exclusivement qu'à la chute, ou encore cette dernière n'avait-elle pas augmenté une surdité assez légère pour qu'elle ne fût pas appréciable pour le malade avant l'accident ?

Des poussées inflammatoires de l'oreille moyenne assez intenses pour laisser des traces de leur passage aussi accentuées que celles que nous avons rencontrées chez ce malade, sont toujours suivies d'une diminution de l'ouïe ; mais cette diminution est très variable et peut ne pas frapper l'attention du malade, tant elle est légère dans certains cas ; dans d'autres cas, elle est assez accusée pour que le patient s'aperçoive qu'il n'entend pas aussi bien qu'autrefois. Le degré de surdité est donc très variable et *il est impossible de déterminer qu'à telle lésion du tympan doit correspondre tel degré de surdité.*

Digitized by Google

On pouvait admettre que la chute n'était pour rien dans la surdité de X... et que les lésions du tympan expliquaient suffisamment la diminution de la fonction pour qu'il ne fût pas besoin de faire intervenir un traumatisme, mais, en vérité, on ne pouvait en avoir la certitude.

Si on tient compte, d'autre part, qu'à la suite de l'accident, X... est resté sans connaissance pendant plusieurs heures, que l'audition du diapason appliqué sur le crâne est sensiblement diminuée, on peut admettre, avec plus de vraisemblance, que la commotion cérébrale a pu augmenter notablement sa surdité.

Politzer écrit sur ce sujet : « Les ébranlements du crâne ont une influence particulièrement délétère dans les cas où, déjà auparavant, il y avait une affection de l'oreille accompagnée d'altération de l'ouïe car alors de légers ébranlements suffisent pour aggraver le mal d'une manière considérable. »

Aussi, dans notre rapport, nous avons cru devoir formuler cette opinion : bien que X... affirme n'être pas sourd avant l'accident, il est très probable qu'un examen approfondi aurait révélé déjà une diminution de l'ouïe due à ces lésions auriculaires, mais que, d'autre part, un coup, une chute, pouvant aggraver rapidement ou subitement les troubles fonctionnels dépendant d'une maladie antérieure, il est probable que l'accident a augmenté la surdité de X.

Il est impossible d'avoir la certitude que tel accident a causé telle diminution de l'ouïe, à moins d'avoir examiné le sujet peu de temps avant, et à la condition qu'il n'ait pas contracté d'otite moyenne dans l'intervalle. Il y a, de plus, grand intérêt à observer le malade peu de jours après l'accident et non six mois après, comme dans notre cas.

Le rôle de l'expert dans ces cas difficiles où tout est affaire d'appréciation personnelle, est donc des plus délicats et on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour ne léser aucune des parties. — A. Courtade, *ancien assistant d'oto-laryngologie.*

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Des infections ombilicales chez le nouveau-né. — La chute du cordon chez le nouveau-né laisse ordinairement après elle une solution de continuité dans les téguments de l'ombilic. Cette plaie, le plus souvent de dimensions très réduites, n'en constitue pas moins une porte d'entrée pour les agents pathogènes. Ces accidents ont été étudiés avec soin par P. Audion en 1900, et plus récemment par Bouvier (*Th. Paris,* 1901).

Ce dernier conseille d'abandonner définitivement et complètement les pansements humides, autrefois préconisés, dont l'inconvénient est de retarder la chute du cordon et, par ce fait même, d'augmenter ses chances d'infection.

Les pansements du cordon seront toujours précédés d'un nettoyage rigoureux et antiseptique de la région ombilicale ; ils devront être faits au moyen de substances stérilisées, sèches, par des mains parfaitement aseptisées. Les langes et vêtements destinés à l'enfant devront avoir été préalablement passés à l'étuve. Les précautions les plus minutieuses seront prises pour éloigner du nouveau-né toutes causes d'infection, en particulier le contact et même le simple voisinage des personnes infectées.

Après la chute du cordon, on surveillera très attentivement la région ombilicale et l'on ne cessera les pansements que lorsqu'on se sera assuré qu'au fond de l'ombilic n'existe plus la moindre plaie capable de servir de porte d'entrée à tous les germes pathogènes quelconques, susceptibles d'amener des complications.

Si, malgré toutes les précautions, on n'était parvenu à éviter l'infection ombilicale, on devra, sur l'heure, procéder à une antisepsie rigoureuse de la région, qu'on accompagnera du traitement propre à chacune des formes particulières de l'infection.

L'*ulcération du fond* de l'ombilic sera facile à traiter : nettoyer soigneusement la région ombilicale avec une solution antiseptique, puis bourrer l'ombilic de poudre iodoformée, de salol, de sous-nitrate de bismuth, en ayant soin d'appliquer, par-dessus, un pansement sec qu'on laissera en place pendant trois ou quatre jours. Le plus souvent, après ce laps de temps, la guérison sera complète.

Dans les cas de *bourgeonnement de l'ombilic,* on emploiera les cautérisations au nitrate d'argent pur ou mitigé, que l'on fera suivre d'un pansement analogue à celui décrit précédemment pour les ulcérations de l'ombilic.

La *lymphangite du bourrelet cutané* n'exige d'autre traitement que des lavages ou des pulvérisations antiseptiques ; toutefois, les uns et les autres devront être effectués avec une minutie extrême, des soins et une propreté irréprochables, si l'on veut être assuré d'éviter toutes complications dont quelques-unes pourraient être de la dernière gravité.

L'*omphalite* sera souvent difficile à enrayer, à cause des complications à distance qu'elle entraîne trop souvent. L'antisepsie la plus sévère et la plus rigoureuse s'impose ; on l'obtiendra par des lavages et des applications de compresses imbibées de liquides antiseptiques. Si, malgré ces précautions, le pus tend à se collecter, on n'hésitera pas à lui donner issue par un large débridement au bistouri. Enfin on ne cessera pas d'être constamment attentif

Digitized by Google

aux complications, toujours possibles, qui viendraient à se produire, de façon à pouvoir les combattre et les enrayer dès leur apparition.

L'*érysipèle péri-ombilical* sera traité par des applications de vaseline boriquée ou hydrargyrique, au niveau des régions envahies. Les pointes de feu ont souvent aussi donné de bons résultats. Enfin l'enfant sera nourri au lait de la mère, auquel on ajoutera 10 à 15 gr. d'alcool par jour. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du torticolis rhumatismal. — On pensait autrefois que le torticolis aigu était une affection musculaire, une sorte de rhumatisme frappant les muscles sterno-mastoïdiens et les autres muscles de la nuque. Aujourd'hui l'existence du torticolis rhumatismal d'origine musculaire est battue en brèche. La plupart des auteurs pensent que cette affection est due à des arthrites rhumatismales des articulations des vertèbres entre elles ; telle est l'opinion de Lannelongue, de Grancher, de Marfan, de Renaud (*Thèse Paris, 1901*).

L'affection passe par deux phases successives : 1° une phase d'arthrite aiguë, à début brusque et fébrile, caractérisée par une douleur vive et une attitude vicieuse de la tête et du cou.

L'attitude est habituellement celle qu'impose la contracture d'un muscle sterno-cleido-mastoïdien : la tête est fléchie, inclinée du côté malade et regarde du côté opposé. La rigidité du cou est absolue et l'on ne parvient pas à replacer de force la tête du sujet dans la rectitude.

Le moindre mouvement, un contact, une fausse position réveillent une douleur vive ; au contraire, si la tête est immobile et repose bien sur l'oreiller, la douleur cesse. La palpation méthodique et minutieuse révèle l'absence de douleur au niveau du sterno-mastoïdien, par contre la pression des parties latérales des vertèbres éveille une douleur intense ; les apophyses épineuses sont généralement indolores.

2° A la phase de chronicité, les principaux symptômes sont les attitudes vicieuses, l'ankylose, et les rétractions musculaires ; les douleurs peuvent encore être réveillées par la pression ou la mobilisation.

A cette période, le diagnostic avec le mal de Pott est souvent très difficile.

Le traitement est tout à fait différent à chaque période.

a) *Phase aiguë.* Pendant la première phase de l'affection, le traitement doit remplir les deux indications suivantes : 1° combattre les manifestations douloureuses ; 2° mettre en garde contre les déformations ultérieures.

La première indication est remplie par l'administration du salicylate de soude à la dose de 4 à 6 gr. par jour, du salophène, ou de l'antipyrine, par les frictions salicylées, etc.

La deuxième indication est remplie par : l'extension continue, le massage, ou le redressement avec immobilisation.

L'extension continue se pratique de la même façon que pour le mal de Pott cervical, par une traction dans la position horizontale, sur un collier de fer, le poids du corps faisant la contre-extension. Ce procédé a l'avantage de supprimer les manœuvres brutales, de vaincre progressivement la contraction musculaire et de rétablir la colonne cervicale dans la rectitude. Malheureusement, il est inapplicable dans les cas très aigus, où la douleur est tellement vive que l'appareil ne peut être supporté. Il sera donc réservé pour les cas modérés, lorsque les tentatives de redressement manuel n'auront pas provoqué de douleurs trop vives. L'extension doit être permanente, faite nuit et jour ; mais souvent, pendant les premiers jours, cette condition est impossible à remplir, il faut que l'enfant s'habitue à l'appareil que l'on applique pendant un laps de temps de plus en plus long.

Le massage est impossible à supporter au début dans les formes très aiguës. On le réservera aux cas bénins, à ceux où la douleur est faible, ou aux cas un peu anciens dans lesquels un essai de réduction manuelle a montré que l'ankylose n'était pas très résistante et pouvait céder à des manœuvres de douceur.

Le redressement sous le chloroforme suivi de l'immobilisation constitue le procédé de choix. Le redressement est facile au début de l'affection quand l'ankylose n'est pas définitive. La minerve plâtrée place la tête dans la rectitude, s'oppose aux rétractions musculaires, et immobilisant le cou, supprime la douleur. L'immobilisation doit durer jusqu'après l'extinction du processus pathologique, de plusieurs semaines à deux ou trois mois. A la sortie de l'appareil, la tête sera en bonne position, mais la colonne cervicale sera raide ; les articulations malades ankylosées en bonne position ne récupèreront pas leur mobilité, les autres la regagneront rapidement grâce aux massages et à la mobilisation. La mobilité plus grande des autres vertèbres suppléera facilement à l'immobilité des quelques articulations ankylosées.

b) *Phase chronique.* A cette phase, le seul traitement à employer est le redressement sous chloroforme suivi d'immobilisation. Cette pratique ne peut être accusée de causer la mort par suite de la compression du bulbe par l'apophyse odontoïde ; cet

Digitized by Google

accident ne se produit que quand les os ou les ligaments sont détruits, dans le mal de Pott par exemple.

D'ailleurs, le redressement doit être effectué avec prudence ; si la résistance était trop grande, mieux vaudrait ne corriger qu'incomplètement la déviation, pour recommencer plus tard une nouvelle tentative. L'appareil plâtré est laissé durant deux ou trois mois ou plus.

Après son ablation, on essaie de rendre à la colonne cervicale le plus de mobilité possible par le massage et l'électrisation.

Dans les cas très anciens, avec rétraction très prononcée du sterno-cléido-mastoïdien, empêchant le redressement sous chloroforme, on pratiquera la teno tomie avant d'appliquer l'appareil plâtré. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Des rapports qui existent entre la tuberculose pulmonaire et la pleurésie aiguë séro-fibrineuse primitive. — M. le Dr P. Pétropoulos (de Pyrgos), a réuni 150 cas de pleurésie séro-fibrineuse primitive (dont 15 d'observation personnelle), dont la marche ultérieure fut suivie ; 12 seulement sur 150 ont abouti à la tuberculose pulmonaire, une à douze années après la pleurésie primitive.

Encore que ces 12 cas appartenaient à des familles où il préexistait ou existait un foyer tuberculeux ou une prédisposition héréditaire à la tuberculose. Contrairement à ces 12 cas, on a observé parmi ces 150, douze autres cas qui, bien qu'ils se trouvassent dans des conditions aussi favorables que les autres 12 pour aboutir plus tard à la tuberculose pulmonaire, n'y ont pourtant pas encore abouti bien qu'il se soit écoulé depuis 6 à 15 ans.

Cette étude ne contrôle pas l'opinion exprimée dogmatiquement par M. Landouzy : *que toute pleurésie est de nature tuberculeuse, destinée à aboutir dans l'espace de deux ans à la tuberculose du poumon.*

De ces 150 observations, il semble résulter que, en Grèce du moins, cette opinion ne peut point être en vigueur et que, contrairement à ce qu'on admet et qu'on écrit (parce qu'on l'a peut-être observé dans l'Europe occidentale), les 9/10 des pleurésies rencontrées en ce pays sont primitives, séro-fibrineuses, ayant pour la plupart le refroidissement pour cause, et étant par conséquent de nature rhumatismale. Elles guérissent régulièrement par des procédés médicaux ou chirurgicaux, sans aboutir plus tard à la tuberculose pulmonaire, à l'exception cependant de celles qui surviennent chez des individus prédisposés à cette maladie. Cette rareté des cas de pleurésie aiguë qui dégénèrent en phtisie, selon l'auteur, est due au beau climat tempéré de la Grèce et au régime hygiénique de ses habitants. (*Congrès panhellénique de méd., 1901.*)

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Observation sur le bois de gayac. — M. Schaer, de Strasbourg. On sait que le bois de gayac, importé en Europe par les Espagnols au 16e siècle, a joui à l'époque de la Renaissance, d'une grande vogue comme médicament dépuratif dans les affections syphilitiques et cutanées. Ce médicament est ensuite tombé en désuétude. Alors même que l'on ne s'accorde pas sur ses propriétés, le bois de gayac renferme cependant une résine, dont le principe actif est une saponine découverte par Paetzold. Cette saponine possède les mêmes qualités que les autres corps connus jusqu'à cette heure sous le nom de saponine.

A propos des incidents du « Sénégal » au Frioul. — M. H. Monod. Un des griefs le plus justement produits par M. Bucquoy est la malpropreté du *Sénégal*. Ce vaisseau est arrivé à Marseille le 26 août, venant d'Alexandrie ; il avait une patente brute, et fut considéré comme indemne, puisqu'il n'avait eu à bord aucune maladie. Les passagers et l'équipage furent soumis à la visite médicale, qui ne révéla rien de suspect. Le linge sale, les objets de literie, les colis furent désinfectés. Mais le navire lui-même ne fut pas désinfecté, aucun règlement n'y obligeant, puisqu'il n'y avait pas eu de cas de maladie pestilentielle. Ce ne fut que plus tard que les rats infectés restés à bord propagèrent la maladie. L'aventure du *Sénégal* doit avoir pour résultat de rendre obligatoire, sur tous les navires provenant des ports contaminés de peste et déchargeant leurs marchandises dans nos ports, la sulfuration de la cale et la destruction des rats.

La lenteur du débarquement a été motivée par l'incertitude du diagnostic porté sur le premier cas, les passagers étant disposés à continuer leur croisière, s'il ne se fût pas agi de peste. Il a donc été nécessaire d'attendre la confirmation du diagnostic avant de prendre une décision.

On a blâmé l'installation insuffisante du lazaret du Frioul. M. Proust a déjà dit que ce lazaret, en temps ordinaire, ne reçoit qu'un petit nombre, chaque année, de passagers. Ce n'est qu'avec de nouveaux crédits, votés par les Chambres, que l'on pourrait le mettre en état de recevoir un plus grand nombre de sujets en observation. Il est muni de tout ce qui est nécessaire pour le service de la désinfection ; les tubes de sérum antipesteux n'y ont jamais fait défaut.

M. Collin. — Toutes les mesures devraient être prises dans nos ports pour assurer le débarquement immédiat du personnel, équipage et passagers, du bâtiment infecté, afin d'éviter la contamination d'un plus grand nombre d'individus. (*12 novembre.*)

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Fausse phtisie de nature hystérique. — MM. Renon et Sollier rapportent l'observation d'une jeune fille de 22 ans, où tout se trouvait réuni au début pour égarer le diagnostic : l'amaigrissement, la toux, la présence de frottements pleuraux, la révélation par la radiographie d'un état de condensation du poumon, les accès de fièvre, la tachycardie, ne laissaient que peu de doute sur l'existence d'une tuberculose. Plus tard, des contractures, des crises d'hystérie, une mentalité spéciale permirent d'attribuer ces troubles à leur véritable origine et d'instituer un traitement approprié qui amena la guérison définitive.

Chez les anorexiques hystériques graves, il existe presque toujours une diminution de l'amplitude respiratoire, surtout marquée du côté le plus anesthésique. Celle-ci peut s'accompagner de signes d'auscultation simulant ceux de la tuberculose pulmonaire, et qui ne sont point suffisants pour assurer le diagnostic. Il semble qu'il s'agisse là d'un état atélectasique d'un des sommets des poumons, dû à l'insuffisance d'expansion des mouvements respiratoires ; la radioscopie, en indiquant une modification de la transparence thoracique, rend compte de cet état, mais, si l'on interprète ses résultats dans le sens d'une tuberculose, comme chez notre malade, on est exposé à se tromper.

L'existence d'anesthésie avec ou sans point douloureux à la pression, avec ou sans correspondance de la douleur avec la tempe du même côté, également anesthésique, permet seule de faire le diagnostic. Cet état s'accompagne de phénomènes subjectifs qu'il faut rechercher, les malades n'y prenant pas garde ou ne voulant pas les avouer, comme il arrive si souvent dans l'hystérie ; tels, par exemple, ces faits bien rares et bien curieux d'auto-représentation des organes.

La restauration de la sensibilité respiratoire, par des exercices appropriés, soit à l'état de veille, soit dans l'hypnose (si les troubles sont très anciens et très profonds et si l'anesthésie est très accentuée), jointe au relèvement de la nutrition générale par une alimentation normale et combinée avec l'isolement, voilà le traitement le plus efficace de cette variété de fausse phtisie.

C'est en somme le traitement de la grande hystérie. En outre, grâce aux exercices spéciaux que les malades apprennent à faire pour recouvrer eux mêmes leur sensibilité, si celle ci subissait une diminution, cette méthode leur permet d'éviter les rechutes et de maintenir ainsi leur guérison.

Troubles pupillaires dans les anévrysmes de l'aorte. — M. Babinski. Les troubles pupillaires, en particulier l'inégalité des pupilles, qu'il n'est pas rare d'observer dans les anévrysmes de l'aorte, sont attribués à une compression que la poche exerçait sur le sympathique, en produisant une irritation ou une paralysie de ce nerf. Sans contester qu'il en soit ainsi dans certains cas, M. Babinski pense que le mécanisme de ces troubles peut être différent.

En effet, la paralysie du sympathique ne donne pas lieu à une abolition du reflexe à la lumière qu'on observait chez deux malades syphilitiques, atteints d'anévrysme de l'aorte. Il faut donc chercher une autre explication à ce phénomène.

Il soutient, avec M. Charpentier, que l'abolition du reflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle n'est liée à aucune lésion du globe oculaire et n'est pas associée à une paralysie de la 3e paire, est l'indice d'une altération du système nerveux central, presque sûrement d'origine syphilitique, et que le sujet chez lequel on observe ce phénomène est un candidat au tabes ou à la paralysie générale.

Ladrerie généralisée. — M. Marie présente une femme de 53 ans, très amaigrie, diabétique, et très affaiblie. Le corps de cette malade est parsemé de nombreuses nodosités du volume d'un pois, dures, douloureuses à la pression et spontanément. Ces nodosités paraissent sous-cutanées ; en réalité elles sont sous aponévrotiques, peut-être même intra-musculaires. L'extraction de l'une d'elles permit de constater qu'il s'agissait de petits kystes contenant dans leur intérieur le cysticercum cellulosœ, larve du tœnia solium. La coexistence de tumeurs à cysticerques et de glycosurie avait déjà été notée, mais il est impossible de dire s'il y a un rapport de cause à effet entre la glycosurie et la ladrerie chez cette malade. Il semble même que le diabète ait été antérieur à l'apparition des nodosités sous-cutanées.

Thorax en entonnoir. — M. Gaucher présente un garçon boucher, âgé de 44 ans, dont le thorax présente une dépression en entonnoir, située au niveau de la partie inférieure du sternum, sur la ligne médiane. Cette dépression, profonde de 8 centimètres, est d'origine congénitale et ne gêne en rien les fonctions du cœur et des poumons.

Un cas de lésions trophiques cutanées consécutives à des applications de rayons de Rœntgen. — M. Marie. Cet homme, âgé de trente-six ans, fut l'objet, en octobre 1897, d'une agression, et reçut à la tempe droite un coup de revolver à la suite duquel il perdit connaissance (pendant quinze jours), et se releva aveugle. En 1898, le malade, désirant faire extraire la balle qui était demeurée dans le crâne, se soumit à des applications de rayons Rœntgen ; à la suite de celles-ci survinrent une chute des cheveux sur la tempe (lieu d'application des rayons), et dans la même région des troubles trophiques cutanés extrêmement accusés, consistant surtout en atrophie et décoloration de la peau. A la vérité, les applications des rayons X ont été très prolongées : cinq heures et sept heures ; quoi qu'il en soit, il a semblé intéressant de présenter ce malade, pour montrer à quel degré peuvent être portées les lésions trophiques dans certains cas. *(8 novembre)*

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Deux cas de mort immédiate par rachicocaïnisation. — M. Legueu rapporte deux cas de mort immédiate qui ne laissent aucun doute sur la part de la cocaïne dans ces accidents.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 55 ans, qui présentait une rupture du tendon du triceps gauche. La veille de son entrée à l'hôpital, il avait eu deux petites attaques apoplectiformes avec chute, perte de connaissance, dont il s'était remis. La rupture du tendon avait été occasionnée par la dernière chute. Cet homme était obèse, artério-scléreux ; on percevait un bruit de galop au cœur. Craignant que ce malade ne succombât sous le chloroforme, M. Legueu fit faire une injection intra-rachidienne de 1 centigramme et demi de cocaïne. Douze minutes après, le malade était anesthésié et calme ; l'opération fut commencée. Tout à coup, lorsque l'articulation fut ouverte, le malade se plaignit d'étouffer, demanda à s'asseoir, poussa quelques gémissements. On l'assied, ses yeux se convulsent, sa tête est agitée de quelques mouvements convulsifs ; il retombe sur le lit, la face noire : il était mort. Ceci se passait un quart d'heure après l'injection. L'autopsie n'a pu être faite.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 61 ans, amené à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale étranglée depuis 48 heures. L'état général était mauvais ; c'est pourquoi l'on pratiqua la rachi-cocaïnisation. L'opération allait être commencée, lorsque la face pâlit, la respiration s'arrêta, et la mort survint, malgré tous les moyens employés pour ranimer le malade. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion susceptible d'expliquer cette mort rapide. Le cœur, vide de caillots, s'était arrêté en systole.

Il est probable que, dans ce dernier cas surtout, la mort est résultée d'une syncope, elle-même produite par action directe et immédiate de la cocaïne sur le bulbe.

M. Kirmisson pense que dans ces deux cas, l'anesthésie locale eût évité la mort.

Traitement d'un rétrécissement du rectum par le cathétérisme après colostomie temporaire. — M. Brault, d'Alger. Il s'agit d'un malade atteint d'un rétrécissement dysentérique du rectum, haut situé, commençant à 7 centimètres de l'anus ; le cathétérisme était impossible. M. Brault pratiqua un anus iliaque ; et, à l'aide d'un conducteur, fit passer une sonde en caoutchouc de l'anus artificiel à l'anus naturel. Il pratiqua ainsi le cathétérisme, tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut. Le rétrécissement, qui était assez difficilement franchissable, devint plus perméable et permit bientôt de passer de grosses bougies. Plus tard, l'anus iliaque fut fermé, et le malade put aller à la garde-robe, sans trop de difficulté.

Trépanation du crâne pour thrombose du sinus. — M. Broca analyse deux observations de M. Imbert, de Montpellier, ayant trait à une méningite légère de la base avec thrombose du sinus, consécutives à une otite moyenne ; trépanation de l'antre mastoïdien, puis de l'étage moyen du crâne. Guérison. *(6 novembre)*

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau, par P. Mauclaire, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine*, chez Doin. Prix : 6 francs.

Dans ce livre, particulièrement difficile à écrire, l'auteur a fait preuve d'une grande érudition et a voulu mettre son œuvre à la portée de tous ainsi qu'il le dit dans sa préface. « Dans nos descriptions nous avons essayé de faire la part égale, entre la théorie et la pratique, et cela dans le but de nous mettre à la portée de tous ; d'ailleurs, le médecin ne doit pas négliger la théorie, s'il veut faire de la bonne pratique ». Il y a pleinement réussi.

Nous ne pouvons énumérer les divers chapitres de ce livre, tous sont intéressants et pratiques, et par conséquent à lire ; les praticiens lui feront certainement bon accueil, puisqu'ils y trouveront des renseignements d'une utilité journalière.

Chirurgie de l'appareil génital de l'homme, par J. Arrou, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. chez Doin. Prix : 5 francs.

Encore un bon livre de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine*, et comme les précédents un livre de pratique.

Après quelques pages consacrées aux anomalies du testicule, et surtout à l'ectopie inguinale, M. Arrou étudie longuement les hydrocèles et les hématocèles, puis les diverses inflammations de la glande génitale, en particulier, l'orchite blennorrhagique. Un chapitre très important a trait à la tuberculose génitale ; la syphilis et les néoplasmes du testicule, le varicocèle sont également l'objet d'une étude intéressante.

La partie thérapeutique, particulièrement soignée, fait de cet ouvrage un livre indispensable au praticien qui le lira avec intérêt et avec profit.

Chirurgie des annexes de l'utérus, par J.-L. Faure, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. chez Doin. Prix : 6 francs.

Ce livre, de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine*, forme, avec celui de M. Richelot, toute la chirurgie de l'appareil génital de la femme.

L'auteur débute par quelques notions d'anatomie chirurgicale qu'il est indispensable de connaître parce qu'elles dominent toute la chirurgie des affections utéro-annexielles.

L'ouvrage est divisé en deux grands chapitres : les lésions infectieuses, les lésions organiques. Les salpingo-ovarites, les infections péri-utérines (pelvi-péritonite, phlegmons et abcès pelviens) la tuberculose génitale font partie du premier groupe, leur étude est faite au complet, et nous avons lu, avec le plus grand intérêt, le traitement des suppurations pelviennes que l'auteur a exposé d'une façon remarquable ; nous y trouvons toutes les opérations, colpatomie, extirpation des annexes, hystérectomie vaginale, hystérectomie abdominale totale ou subtotale, avec leurs indications et leur technique suivant les différents procédés.

Dans le second chapitre sont rangés les kystes de l'ovaire, et les tumeurs des annexes ; enfin l'auteur termine par l'étude de la grossesse extra-utérine et de l'hématocèle pelvienne. Le livre de M. Faure ainsi conçu sera non seulement utile au chirurgien, mais aussi au médecin praticien qui y trouvera les indications

Digitized by Google

opératoires pour chaque affection, indications qui ne sont pas toujours faciles à poser; c'est pourquoi le succès est assuré à cet ouvrage qui fait le plus grand honneur à son auteur. — H. M.

La Révolution et les Hôpitaux, par le Dr Léon Mac-Auliffe, ancien externe des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 242 pages, 3 fr. 50. Société nouvelle de librairie et d'édition, 17, rue Cujas.

ACTUALITÉ

La médecine au théâtre.

La médecine si longtemps bafouée sur les scènes comiques, semble vouloir prendre sa revanche des plaisanteries classiques des Molière et des Regnard.

Aujourd'hui, les auteurs dramatiques font parler les médecins si sérieusement et avec une telle autorité que la censure leur coupe la parole et interdit leurs pièces, non pas comme immorales, mais comme trop sincères et respectant peu les hypocrisies sociales et les utiles mensonges sur lesquels repose la grande institution du mariage.

Nous n'avons pas à entrer dans le détail des questions de convenances esthétiques que pourrait soulever la pièce de M. Brieux, « les Avariés » ; nous ne voulons que voir si les faits, sur lesquels l'auteur s'appuie sont bien observés, et s'il était utile de les mettre en scène.

Faisons d'abord, de la pièce, un résumé impartial, que nous avons en vain cherché dans la plupart des journaux quotidiens.

Nous sommes dans le cabinet d'un célèbre cypridologiste. Un jeune homme atteint de syphilis est venu le consulter et lui a dit en même temps qu'il devait se marier dans un mois. Le médecin le lui défend en lui représentant toutes les conséquences déplorables qu'aurait pour lui, sa femme et sa descendance un mariage dans les conditions de santé où il se trouve, parvient à lui arracher la promesse qu'il ne commettra pas ce crime.

Mais au lieu d'attendre les trois ou quatre ans nécessaires à sa guérison, le jeune homme s'est marié au bout de six mois. Un enfant est né de cette union et trois mois après sa naissance est pris par le mal héréditaire.

Le spécialiste consulté par la grand'mère est précisément celui qui avait interdit le mariage; cette fois, il interdit l'allaitement au sein pour ne pas contaminer la nourrice, mais il se heurte à l'égoïsme du père et de la grand'mère qui veulent, à tout prix, conserver la vie de l'enfant ; et, pour en triompher, il est obligé de leur montrer, le code en main, qu'il est dans son droit et de son devoir de prévenir la nourrice.

Celle-ci d'ailleurs est bientôt instruite par les autres domestiques, et le scandale qui accompagne son départ révèle du même coup à la jeune épouse la maladie de son enfant et l'ignominie de son mari.

Elle se retire chez son père qui vient demander au médecin un certificat attestant la maladie du mari afin d'intenter une action en divorce. Le médecin le refuse en se retranchant derrière le secret professionnel. Le père alors jure qu'il va tuer son gendre, et le médecin parvient à grand'peine à lui démontrer que le divorce ou le meurtre ne feraient qu'ajouter de nouveaux malheurs à celui dont sa fille est la victime. Il l'exhorte au pardon, et, puisqu'il est député et législateur, lui conseille de travailler à la prophylaxie des maladies vénériennes dont il lui montre l'extension et les ravages amenés surtout par l'ignorance du danger et l'insuffisance des lois protectrices.

Tel est, en laissant de côté les moyens scéniques fort ingénieux et souvent émouvants, le résumé médical de la pièce de M. Brieux. C'est, on le voit, l'exposé d'un de ces faits que les médecins observent journellement dans les consultations et les hôpitaux. L'auteur n'a rien exagéré, mais n'a rien dissimulé, et, au rebours de certaines pièces, la sienne ne contient aucune suggestion érotique.

Il s'est attaché à montrer que le principal danger vient de l'ignorance du public, ignorance entretenue par une sorte d'hypocrisie universelle. Il semble y avoir une entente dans le monde pour faire le silence sur ces maladies caractérisées par cette sotte épithète de « honteuses », qu'une tradition mystique a fait attacher à toutes les affections qui ont pour origine les fonctions sexuelles. M. Brieux même, dans un certain passage, cherche à réhabiliter l'amour, expression d'un de nos instincts les plus puissants et les plus utiles, que les pudeurs hypocrites peuvent bien avilir mais non pas étouffer.

En montrant d'une façon dramatique le danger croissant de la syphilis, ses terribles conséquences au point de vue du mariage, de la natalité, de l'avenir de la race, en dévoilant l'insuffisance des garanties contre la contamination possible, l'auteur a rendu un véritable service social ; il a fait mieux qu'une bonne pièce, il a fait « une bonne action ».

Les médecins doivent lui être reconnaissants de leur venir en aide dans la lutte contre la syphilis. Mieux encore que la « Société française de prophylaxie sanitaire et morale », il contribuera par sa pièce à éclairer le public sur les dangers dont il est constamment menacé ; il le mettra peut-être en garde contre l'insouciance avec laquelle sont contractés la plupart des mariages, et les intérêts pécuniaires passent avant ceux de la santé ; il suggérera peut-être aux parents l'idée d'exiger de leurs futurs gendres et brus, des garanties de santé. Pourquoi tout homme n'aurait-il pas son livret médical personnel, comme il a son livret militaire et son casier judiciaire ?

En tout cas, la pièce de M. Brieux ne contient rien que d'excellent et de très moral et ce n'est pas notre affaire de rechercher pour quelle raison arbitraire, la censure a retiré d'avance à l'auteur ce droit d'enseignement par le théâtre, droit dont il avait déjà si bien usé dans les « Remplaçantes » et la « Robe Rouge ».

E.-L.-M.

L'aliment complet de Maxime Groult fils aîné, déjà recompensé par le grand prix à l'Exposition de l'enfance, vient de remporter deux grands prix à l'Exposition d'hygiène à Ostende. Cet aliment se présente encore sous forme de cacao et de biscuits. Il s'agit là d'une alimentation dont la richesse nutritive a été utilisée avec grand succès dans tous les cas de chlorose, d'anémie, d'affections osseuses. Elle rend les plus grands services dans l'alimentation des enfants aux diverses périodes de leur développement. Au moment du sevrage elle forme la transition entre l'aliment liquide et la nourriture solide. Cet aliment constitue l'antidéperditeur par excellence et, à ce titre, il convient à ceux qui font une dépense considérable d'énergie musculaire ou intellectuelle, de même qu'à tous ceux qui résident sous les climats anémiants des pays chauds.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 27, rue Saint-Benoît.

Digitized by Google

ÉLECTROTHÉRAPIE

Traitement électrique des névralgies et en particulier de celle du trijumeau

Par H. Bordier
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Quoiqu'étant indiqué dans les livres récents d'électrothérapie, le traitement des névralgies par le courant électrique est encore bien ignoré de la plupart des praticiens. Chacun a bien entendu dire que le pinceau de Duchenne de Boulogne avec le courant faradique avait été employé, mais la bonne technique, la vraie méthode scientifique à suivre pour les applications de l'électricité dans les névralgies n'est pas suffisamment connue de la grande majorité des médecins.

C'est pour combler cette lacune que nous avons résolu de faire connaître la marche à suivre et les résultats qu'on peut attendre de l'électricité dans ces affections.

Disons tout d'abord que le traitement électrique des névralgies est l'un des plus favorables pour le praticien bien outillé.

Cette méthode thérapeutique réussit d'autant mieux que la névralgie est plus récente ; dans les névralgies anciennes, en effet, il faut un nombre de séances bien plus grand.

Les diverses formes de l'énergie électrique ont été utilisées dans les névralgies : il y a donc, non pas une seule méthode électrothérapique pour cette maladie, mais un assez grand nombre; nous nous bornerons à faire connaître celle que nous recommandons spécialement parce qu'elle nous donne journellement de beaux succès.

On s'adressera au courant galvanique et on emploiera le pôle positif comme électrode active, avec une intensité suffisamment grande. Il faudra donc que les électrodes soient faites avec le plus grand soin, si l'on veut pouvoir appliquer cette méthode.

L'électrode indifférente sera très grande, 250 à 500 centimètres carrés, et bien recouverte avec du feutre ou avec des couches superposées de gaze. On l'appliquera en un point quelconque, soit dans le dos, soit sous la cuisse, soit sur le ventre.

Mais c'est surtout l'électrode active qui demande la plus grande attention : comme ici la surface est plus petite et, par conséquent, la densité électrique plus grande, la production d'eschares serait très facile, si l'on n'était pas averti. Cette électrode, qui aura, suivant le genre et le siège des névralgies, de 40 à 150 centimètres carrés, devra être faite avec un tissu spongieux très épais, par exemple deux ou trois couches de feutre superposées et bien humectées. Il faudra aussi veiller à ce que la distance cutanée et le métal de l'électrode soit partout la même, c'est-à-dire que le métal soit parallèle à la peau.

Il est encore nécessaire d'éviter que l'eau qui imbibe l'électrode ne se ramasse, en vertu de la pesanteur, dans les parties les plus déclives de l'électrode ; car, alors, dans les régions correspondantes, la résistance électrique est plus faible qu'ailleurs, ce qui produit une augmentation de la densité en ce point, et par suite, la formation d'une eschare.

Aussi est-il indiqué de faire placer le malade dans une position telle que l'électrode active soit située dans un plan horizontal : pour la névralgie faciale, par exemple, on fera coucher le malade sur une chaise longue, la tête appuyée sur un coussin, de manière à ce que le côté atteint soit placé horizontalement.

Un point encore très important dans la pratique électrothérapique, c'est le choix du métal qui doit constituer l'électrode active positive : comme les intensités doivent être très fortes, la durée des séances très longues et répétées, il faut exclure le cuivre, le laiton, l'étain, le plomb, le nickel pour cet usage ; avec ces métaux, en effet, il se fait une couche de carbonate et d oxyde par suite des actions électrolytiques qui se passent au sein de l'eau retenue par imbibition dans la substance spongieuse ; or cette couche de composés métalliques est très mauvaise conductrice du courant. Si bien que quand de telles électrodes ont servi pendant quelque temps, le courant ne passe plus que par quelques points du métal, les moins résistants, et que la distribution des lignes de flux est très irrégulière. Il en résulte qu'en certains points la densité électrique sera très grande et en d'autres points très faible. Il se forme, en effet, des eschares très facilement avec ces électrodes.

Le métal à employer est, d'après nos propres expériences (1), l'aluminium ou le cuivre platiné. Le mieux serait d'employer le platine, mais le prix de ce métal et sa densité énorme empêchent son emploi comme métal d'électrodes. Avec l'aluminium, il se forme très peu de carbonate et d'oxyde, comme cela résulte de nos recherches, si bien que le métal pourra servir pendant longtemps avant qu'une couche mauvaise conductrice se soit formée sur la face interne de l'électrode.

Mais il est encore préférable d'employer du cuivre ou du laiton platiné, c'est-à dire recouvert d'une couche de platine. Nous possédons de telles électrodes qui nous donnent une satisfaction absolue et qui sont inaltérables.

L'action du courant, appliqué comme il vient

(1) Assoc. fr. p^r l'avanc. des sciences, Congrès d'Ajaccio, 1901.

Digitized by Google

d'être expliqué, est due, certainement, aux modifications électrolytiques dont les filets nerveux sont le siège, d'une part, et aux phénomènes vaso-moteurs qui se produisent autour de ces nerfs, sous l'influence du courant, d'autre part. Il en résulte des échanges interstitiels plus complets et, par conséquent, une nutrition meilleure, puisque celle-ci n'est, en somme, qu'un échange d'ions entre les cellules.

Cette meilleure nutrition, provoquée par le passage des lignes de flux du courant, amène une amélioration sensible dans l'état de la névralgie, et une guérison si le traitement a été bien appliqué, et les séances faites régulièrement.

La durée des séances dans les névralgies extrêmement douloureuses, comme celle du trijumeau, doit être d'une heure à une heure et quart, avec 60 à 80 milliampères. Il est d'une bonne pratique de laisser reposer le malade pendant 20 à 30 jours après qu'on est arrivé à obtenir une grande amélioration : les séances, reprises dans ces conditions, aboutissent presque toujours à une guérison qui se maintient définitivement.

Névralgie du trijumeau. — On a beaucoup discuté sur l'étiologie de cette terrible névralgie : certains auteurs veulent qu'elle soit le résultat d'érosions siégeant dans la bouche : d'autres, qu'elle soit la conséquence d'un ralentissement de la nutrition, etc. Nous laisserons de côté les discussions qui ont eu lieu sur ce point pour ne nous occuper que de la question vraiment pratique, qui est en définitive le but du médecin : le traitement et la guérison de cette névralgie.

Ce que nous poserons en principe, c'est que le traitement de choix de cette affection est le traitement électrique appliqué d'après les règles que nous allons formuler.

Un des points les plus importants est relatif à l'électrode faciale active.

On emploiera de l'aluminium ou du cuivre platiné qui sera découpé de manière à présenter trois prolongements s'appliquant sur le front, sur la région comprise entre l'œil et la lèvre supérieure et sur la région du menton au-dessous de la lèvre inférieure.

Sur cette lame de métal sera cousue une couche plastique soit en gaze, soit en feutre, de manière à ce qu'elle dépasse les bords du métal. Il faudra s'assurer que la forme de l'électrode correspond bien exactement à celle de la joue du malade. Entre la peau et l'électrode, il sera nécessaire d'interposer une couche de coton hydrophile que l'on taillera pour chaque malade, de façon à ce qu'elle vienne recouvrir toutes les régions de la face du côté malade jusqu'à la racine du nez.

Une précaution importante à prendre, c'est de s'assurer que l'épaisseur de la couche spongieuse est la même en tous les points ; on évitera ainsi la production d'eschares, faciles à déterminer à cause de la grande intensité qu'aura le courant.

Les couches spongieuses ayant été bien complètement humectées avec de l'eau chaude, on essorera convenablement l'électrode en ayant soin de ne pas laisser un excès d'eau dans les mailles poreuses. On appliquera alors l'électrode et on la maintiendra en place à l'aide de liens de caoutchouc.

Il sera préférable de faire étendre le malade sur une chaise longue ou sur un lit, de manière à ce que le côté malade soit placé à peu près dans un plan horizontal : de cette façon, l'eau d'imbibition restera uniformément distribuée dans les couches spongieuses ; dans la position verticale, au contraire, cette eau descend peu à peu vers les parties inférieures et devient une cause d'eschares, par suite de la plus faible résistance du courant dans ces parties là. La densité électrique ne reste pas uniforme.

Le courant est alors amené, progressivement, à l'aide d'un rhéostat, à une intensité comprise entre 30 et 80 m.A. La durée des séances doit être d'une heure et l'application sera faite tous les jours au début.

Malgré la grande quantité d'électricité qui passe ainsi dans les tissus, on doit observer une teinte rouge uniforme de la peau si toutes les précautions indiquées ont été suivies strictement.

En général, on constatera que les crises paroxystiques ne tardent pas à diminuer de fréquence et d'intensité. On pourra alors espacer les séances et les faire tous les deux jours seulement.

Quand on aura obtenu la disparition des crises et qu'il ne restera plus comme symptôme que l'hyperalgie provoquée par le frôlement d'une serviette ou d'un mouchoir sur certaines régions, on conseillera au malade de suspendre le traitement. Celui-ci sera repris quand les douleurs reparaîtront, car il faut s'attendre à les voir revenir quelque temps après l'arrêt de l'électrisation. On recommencera alors la galvanisation du territoire innervé par le trijumeau en employant une intensité plus faible qu'au début. 30 à 50 m.A., mais en faisant durer les séances pendant une heure. Celles-ci seront encore quotidiennes et seront faites pendant deux semaines après la disparition complète des douleurs.

Nous croyons utile de rapporter ici deux observations qui donneront à la technique opératoire plus de clarté et feront bien comprendre la marche de l'amélioration à mesure que le traitement électrique se poursuit.

Obs. I. — M. J..., de Lyon, âgé de cinquante-neuf ans, nous est adressé le 13 juin 1897 par notre confrère, M. Garel, avec le

Digitized by Google

diagnostic de névralgie rebelle du trijumeau. Ce malade souffre depuis dix mois d'un tic douloureux pour lequel il a été soigné déjà par plusieurs médecins au moyen des médicaments usités en pareil cas : aconitine, sulfate de quinine, etc. Les crises ont été en augmentant d'intensité, et c'est depuis le mois de mai que les douleurs sont devenues très vives : il ne peut ni parler, ni surtout manger sans ressentir des élancements très douloureux dans la lèvre supérieure droite ; ces douleurs s'irradient avec une grande force vers l'angle interne de l'œil et vers la région sus-orbitaire du même côté. Le malade, en mangeant, cherche à faire le moins de mouvements possible des lèvres et des joues ; malgré ses précautions, il est souvent contraint de s'arrêter pour laisser passer les douleurs. Les médications qu'il a successivement suivies ne lui ont procuré absolument aucune amélioration ni aucun soulagement. Un de ses médecins lui a conseillé l'emploi de l'électricité sous forme de courants faradiques que le malade a essayé d'appliquer lui-même, sur l'ordonnance du médecin, avec un de ces petits appareils bien connus et répandus à profusion dans le commerce. Après quelques séances, M. J..., voyant ses terribles douleurs encore augmenter par l'usage de la bobine prescrite, va réclamer au laryngologiste lyonnais, M. Garel, quelque opération pour le soulager. C'est à ce moment que notre distingué confrère lui conseille d'essayer encore l'électricité sous une forme plus rationnelle que la faradisation et nous l'adresse.

Le malade a maigri de 5 kilos depuis son affection ; il explique cette diminution de poids par la nécessité où il se trouve d'arrêter ses repas avant d'avoir absorbé la ration d'entretien. Nous constatons que, pour parler, le malade se tient la lèvre supérieure afin de l'immobiliser et d'éviter la production de violentes douleurs dans l'œil et au front. Quoi qu'il en soit, nous le soumettons à la galvanisation positive, en lui interdisant l'usage de tout médicament.

La galvanisation est appliquée de la façon suivante : une électrode faciale de 150 centimètres carrés est accolée à une épaisse masse de coton hydrophile, taillée de telle façon que, à l'exception de l'œil et de l'oreille, toute la moitié de la face est recouverte, depuis le sommet de la tête jusqu'au maxillaire inférieur. La calvitie de M. J... permet une application parfaite du coton préalablement humecté : la partie supérieure de l'ouate, prolongeant pour ainsi dire l'électrode faciale, correspond au pariétal et s'avance jusqu'à la ligne médiane inter-pariétale du crâne ; la surface recouverte par l'électrode ainsi constituée est d'environ 300 centimètres carrés. Une autre masse de coton de 20 centimètres carrés est appliquée sur la lèvre supérieure, au niveau du point d'où partent les douleurs, et par-dessus est placée une électrode de même surface. Deux liens de caoutchouc servent à maintenir solidement les électrodes actives en place ; de temps à autre, pour conserver les masses de coton suffisamment humides, on exprime, à la partie supérieure, une éponge d'ouate imbibée d'eau tiède. Ces deux électrodes sont reliées en quantité au pôle positif de notre puissante source d'électricité galvanique, tandis que deux électrodes planes de 200 centimètres carrés chacune, placées l'une à la région dorsale, l'autre sur le sternum, sont reliées en quantité au pôle négatif.

A l'aide de notre rhéostat, le courant est amené progressivement, le malade ne voit aucun phosphène ; l'intensité est augmentée peu à peu et acquiert, dès la première séance, la valeur de 42 m. A. ; on note simplement une salivation abondante, mais pas de vertiges. Le courant est, après vingt minutes, ramené lentement à zéro ; c'est pendant la période de décroissance qu'il faut agir très lentement sur le rhéostat, si l'on veut éviter la production de vertiges. Une rougeur intense apparaît lorsque les électrodes sont enlevées.

Les séances furent faites d'abord tous les jours. L'intensité put être augmentée chaque fois, grâce au courage du malade et à son grand désir de voir une modification se produire dans son état.

Nous avons pu pousser le courant jusqu'à 80, 90 et même 100 m. A. Trouvant cette intensité vraiment extraordinaire pour la tête, nous avons vérifié, à plusieurs reprises, les indications de notre milliampèremètre, qui étaient très exactes. Cette énorme intensité était bien supportée cependant ; il faut tenir compte aussi de la surface de l'électrode (300 centimètres carrés) et la densité du courant qui était pour 100 m. A., de : $\frac{100}{300} = 0,33$ (0 m. A. 33 par centimètre carré).

Une amélioration graduelle se fit sentir après sept séances. Le malade, peu enthousiaste pourtant, finit par nous annoncer qu'il souffrait moins en mangeant. A partir de ce moment, les séances ne furent faites que tous les deux jours ; la peau put ainsi reprendre plus facilement son état normal.

L'amélioration devint de plus en plus marquée, et après un mois de traitement, nous avions la satisfaction de voir la méthode suivie couronnée d'un remarquable succès ; le malade n'avait plus aucune douleur, ni en parlant, ni en mangeant ; il sentait qu'il allait, disait-il, dans un autre monde. Le seul symptôme douloureux ayant persisté était le suivant : lorsque le malade passait légèrement son mouchoir sur la tête (dépourvue de cheveux), il éprouvait un chatouillement douloureux.

Quelques séances furent encore faites dans les mêmes conditions, puis le traitement fut suspendu.

Depuis ce moment, mi-juillet, l'état du malade est demeuré le même ; aucune crise ne s'est fait sentir.

Nous avons eu l'occasion de revoir souvent M. J... et jusqu'à aujourd'hui, octobre 1901, il n'a jamais eu de crises de névralgie faciale.

Obs. II. — M. D. âgé de 69 ans nous est adressé le 10 novembre 1897 par son médecin-dentiste, pour une névralgie faciale rebelle dont il est atteint depuis trois ans et demi. Les crises de ce malade arrivent fréquemment à un paroxysme tel que celui-ci se roule par terre et pousse des gémissements plaintifs parfois effrayants. Jusqu'à présent, on n'a pu le calmer qu'au moyen d'inhalations d'éther poussées presque jusqu'à l'anesthésie totale.

Ce tic douloureux siège du côté droit : le point de départ des crises est la lèvre supérieure dans la région correspondant à la gencive. Le malade s'est fait extraire plusieurs dents du maxillaire supérieur sans le moindre résultat.

Le traitement électrique est commencé le même jour (10 novembre) ; une électrode faciale recouverte dans toute son étendue d'une couche épaisse de coton bien humecté d'eau chaude est appliquée soigneusement sur le côté droit de la face et maintenue en place à l'aide d'un grand lien de caoutchouc ; la surface recouverte par cette électrode est de 150 centimètres carrés.

L'électrode indifférente appliquée dans le dos à 250 centimètres carrés ; ces électrodes sont reliées la première au pôle positif, la seconde au pôle négatif d'une source de courant galvanique formée par 100 éléments de pile au chlorhydrate d'ammoniaque.

Le courant, réglé avec notre rhéostat à liquide, est amené progressivement à l'intensité de 60 milliampères ; le malade supporte bien la séance qui dure une demi-heure.

Tous les jours suivants, la même application est faite pendant

Digitized by Google

un temps variant entre 40 et 50 minutes. Vers la dixième séance, une grande amélioration est constatée par le malade qui n'hésite pas à déclarer que ses crises sont bien diminuées comme fréquence et comme violence. Cependant la région de la lèvre supérieure droite est encore très sensible au moindre frôlement, mouchoir, serviette.

Les séances sont continuées avec la même intensité et la même durée.

Le 30 novembre, la diminution du nombre des crises et de leur durée est tellement grande que nous décidons d'espacer les séances et de les faire tous les deux jours seulement ; le traitement ainsi modifié est poursuivi jusqu'au 14 décembre. A ce moment le malade n'accuse plus qu'une persistance de la sensibilité au niveau de la lèvre droite quand il se débarbouille ; quant à ses crises, il n'en a plus ressenti depuis une dizaine de jours.

Le traitement est alors suspendu et nous prions M. D... de revenir dès qu'il sentira une douleur.

Le 2 mars 1898, nous voyons le malade revenir ; il a depuis deux jours des douleurs lancinantes dans la joue droite ; mais non plus les crises paroxystiques du tic douloureux.

La galvanisation continue est reprise d'après la technique déjà indiquée; les séances sont faites tous les jours pendant une semaine, puis tous les deux jours et ce traitement est continué jusqu'au 30 mars, quoique, depuis le 18, le malade ne ressente plus de phénomènes douloureux. L'intensité du courant a d'ailleurs été diminuée progressivement et portée seulement à 30 milliampères dans les dernières séances.

Depuis cette époque, M. D... n'a plus été repris de sa névralgie, ainsi qu'il nous l'a déclaré lui-même au mois d'août 1901, quatre ans après le traitement électrique.

Nous devons maintenant chercher à expliquer le mode d'action du courant dans le traitement du tic douloureux.

Examinons d'abord quelle est la voie que suivront les lignes de flux pendant le passage du courant appliqué comme il a été dit. Après avoir traversé la peau, celui-ci rencontre les os du crâne par où il trouve une voie facile ; ce sont les trous sus-orbitaire, orbitaire interne, antérieur, sous-orbitaire, malaire et mentonnier, par où passent des branches et des rameaux nerveux. Le courant qui chemine d'abord dans les terminaisons nerveuses du trijumeau répandues dans les tissus cutanés, se propage à travers les branches nerveuses dont la conductibilité est la même que celle des tissus ambiants, et arrive ainsi au trou grand rond, au trou ovale et, de là, au ganglion de Gasser et aux racines du trijumeau. Les lignes de flux auront donc ainsi à peu près la même distribution que les divisions terminales du trijumeau (Bergonié). Or, pendant que le courant circule ainsi dans les filets nerveux pour arriver au cerveau, il ne peut pas ne pas y avoir transport d'ions et échanges ioniques qui suffisent à expliquer la modification apportée dans le degré d'irritabilité, dans la circulation et par conséquent dans la nutrition, des différentes branches et des différents rameaux du nerf trijumeau. Ce transport d'ions, on ne peut pas le mettre en évidence expérimentalement dans le cas qui nous occupe ; mais il est fatalement produit, d'après ce qu'on sait aujourd'hui du mode de propagation du courant.

En résumé, le courant galvanique agit dans la névralgie du trijumeau en déterminant des actions électrolytiques tertiaires au niveau des terminaisons nerveuses épanouies dans la peau de la face, où se trouvent les zones spasmogènes et en donnant naissance à des échanges ioniques qui s'effectuent tout le long des rameaux et des branches du nerf jusqu'au ganglion de Gasser et aux racines du trijumeau.

Un grand nombre de médecins-électriciens ont publié des observations démontrant l'efficacité du traitement par les hautes intensités et préconisé d'abord par le professeur Bergonié ; tous ceux qui ont essayé ce traitement sont unanimes à affirmer qu'il produit une grande amélioration des crises et des douleurs si terribles du tic douloureux.

Mais quand on ajoute aux fortes intensités un temps d'application comme celui que nous conseillons, *une heure pour chaque séance*, ce n'est pas seulement un effet palliatif qu'on obtient, mais bien une guérison complète, définitive, dans la grande majorité des cas traités.

Voilà ce que donne le traitement du tic douloureux ; son efficacité est, on le voit, bien supérieure à celle des traitements médicaux ou chirurgicaux. Cela n'empêche que dans un travail récent publié dans la *Semaine médicale* (1) par un des maîtres de la pathologie nerveuse sur le traitement de la névralgie faciale, l'électricité n est même pas mentionnée !

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Necker. — H. Huchard

Syncopes et maladies du cœur. Pseudo-syncopes et épilepsie. Traitement bromuré et non médication cardiaque. Mode d'administration du bromure.

On peut poser ce principe que, contrairement à une opinion très répandue, la syncope est très rare dans les maladies du cœur, et que lorsqu'on voit survenir cet accident, il faut en chercher avant tout la cause ailleurs que dans une cardiopathie. Le plus souvent, il s'agit d'états pseudo-syncopaux qui ne méritent pas l'appellation de syncope véritable. M. Huchard a cité à ce propos plusieurs exemples très instructifs qui méritent d'être rapportés avec quelques détails.

C'est ainsi qu'il fut appelé récemment pour une femme atteinte autrefois d'un rhumatisme avec endocardite, à la suite duquel se produisit une insuffi-

(1) 30 janvier 1901.

Digitized by Google

sance mitrale avec insuffisance et rétrécissement aortiques. De plus, depuis quelques mois, cette malade présentait de temps en temps des accidents syncopaux qui effrayaient beaucoup son entourage, et en raison desquels son médecin considérait l'état comme très grave. Aussi, était-elle confinée au lit, n'osant se lever et prendre le moindre exercice. Or, l'examen montra bien qu'elle était atteinte d'une lésion cardiaque complexe, portant sur les deux orifices ; mais cette lésion était parfaitement compensée, il n'y avait ni congestion, ni stase sanguine dans aucun organe, ni aucun trouble circulatoire qui pût être cause d'une syncope véritable à un moment donné. En revanche, cette malade était très nerveuse, impressionnable à l'excès, et cet état nerveux déterminait chez elle une tendance aux lipothymies dont l'interprétation était certainement erronée ; il s'agissait d'accidents purement nerveux et qui n'aggravaient le pronostic en aucune façon.

Chez un autre malade, âgé de 53 ans, médecin, et qui était très effrayé de l'idée qu'il pouvait avoir une angine de poitrine, on constatait l'existence d'une douleur précordiale, mais cette douleur était continue, sans exacerbation par la marche, ne présentant pas, par conséquent, les caractères de la véritable angine coronarienne. On avait constaté aussi un souffle cardiaque, mais sans propagation, s'éteignant sur place, et devant être considéré comme un souffle extra-cardiaque. Or, ce malade avait parfois des syncopes peu graves d'ailleurs, et qui, s'ajoutant à ces divers symptômes, avaient fait craindre qu'il ne fût gravement atteint. Mais il était facile de voir, en analysant attentivement tous ces phénomènes, qu'ils étaient sans gravité, et que les syncopes, en tous cas, ne pouvaient être d'origine cardiaque. Ici, la situation se compliquait de ce fait que le malade avait eu quelques intermittences du pouls; mais celles-ci, il faut le savoir, sont beaucoup plus souvent dues à des troubles fonctionnels, à des troubles gastriques en particulier, qu'à des accidents d'origine cardiaque.

Dans le fait suivant, la syncope, dont la nature fut longtemps méconnue, doit être interprétée tout différemment. M. Huchard fut consulté, il y a quelques mois, par un malade traité depuis cinq ans, pour une affection cardiaque. C'était un homme de 60 ans, préscléreux, avec tension artérielle exagérée, goutteux, sourd, avec des bourdonnements d'oreilles, pour lesquels il avait été soigné particulièrement en raison de vertiges qu'on avait d'abord considérés comme d'origine auriculaire. On avait pensé ensuite à des vertiges gastriques ; mais ces vertiges ne vont jamais jusqu'à une perte de connaissance telle qu'elle se produisait ici. On avait admis un peu plus tard des vertiges goutteux qui ne furent nullement modifiés par le traitement de la goutte, et enfin, on se rejeta sur l'hypothèse d'un vertige d'origine cardio-vasculaire, hypothèse que M. Huchard lui-même admit pendant un certain temps. Cette énumération montre les difficultés du diagnostic. Cependant, un renseignement qu'on n'avait pu avoir jusque-là et qui était relatif à la manière dont se produisait la syncope, vint éclaircir la situation ; on apprit que ce malade, au moment de se mettre à table dans un grand dîner, s'était affaissé brusquement, avec une perte complète de la connaissance et du sentiment ayant duré quelques instants. Or, cette forme de vertige est véritablement caractéristique de l'épilepsie. Aussi, lorsqu'il connut ce détail, lorsqu'il apprit que ce malade n'avait gardé aucun souvenir de l'évènement, M. Huchard pensa-t-il à l'épilepsie tardive se manifestant sous la forme de petit mal, et prescrivit-il aussitôt le bromure de potassium à la dose de 6 à 7 grammes par jour. Sous cette influence, les pseudo-syncopes, qui étaient devenues presque quotidiennes, disparurent entièrement, ce qui était bien la démonstration de la nature des accidents.

Ces vertiges d'origine épileptique, surtout lorsqu'ils se produisent chez un sujet d'un certain âge, sont le plus souvent d'un diagnostic fort difficile. M. Huchard rapporte encore avoir été consulté par une malade âgée de 62 ans, chez laquelle le diagnostic était douteux : elle était atteinte d'artériosclérose, avec un peu d'albuminurie, et présentait des syncopes qui s'étaient manifestées fréquemment, il y a cinq ans pour la première fois, puis avaient cessé pendant quelques mois, et se reproduisaient depuis un certain temps. Ces « syncopes » qu'un savant clinicien rattachait à une affection cardiaque à peine démontrée, avaient une soudaineté extrême, et il était arrivé plusieurs fois à la malade de se blesser en tombant. Un autre symptôme qui pouvait mettre sur la voie du diagnostic, était une sorte de mâchonnement accompagné d'un mouvement de déglutition se produisant au moment des pertes de connaissance, et qui avait passé inaperçu ; une fois, enfin, la malade avait uriné sous elle en ce moment. Aussi, la réunion de tous ces accidents devait faire conclure à l'épilepsie survenue tardivement. La difficulté en pareil cas vient surtout de ce que tous les renseignements s'obtiennent très malaisément, et il faut une analyse très attentive des moindres détails pour arriver à cette conclusion.

Enfin, à la consultation même, on amène un garçon de 20 ans, muni d'un certificat constatant qu'il est atteint de syncopes provenant d'une affection cardiaque. Mais il lui est arrivé de se blesser dans une de ses chutes et ses syncopes se produisent quelquefois pendant la nuit. Or, ces deux faits doivent toujours servir à soupçonner l'épilepsie, car les syncopes

Digitized by Google

vraies sont rarement assez subites pour que le malade se blesse en tombant, et les attaques *nocturnes* pseudo-syncopales sont déjà caractéristiques du mal comitial. Ici encore, le cœur, qui est invoqué si souvent en pareille circonstance, doit être mis hors de cause. Du reste, en ce qui concerne cet organe, le diagnostic devient très facile, si l'on se rappelle cette proposition formelle : *La syncope, symptôme cardiaque, n'est jamais le signe d'une affection du cœur,* excepté dans la maladie de Stokes-Adams, où elle affecte plutôt les allures d'un accident épileptiforme avec perte complète de connaissance, et dans l'angine de poitrine coronarienne (*syncopa angens* de Parry) où elle est presque toujours immédiatement mortelle lorsqu'elle se produit. On a donc beaucoup abusé des syncopes d'origine cardiaque qui n'existent pas en dehors de ces cas, comme on abuse encore aujourd'hui du vertige d'origine gastrique, qui trop souvent cache une autre maladie.

Le diagnostic, on le conçoit, est de la plus haute importance ; car on peut, avec le bromure de potassium et le régime alimentaire, beaucoup modifier l'état de ces malades. Le bromure doit être en quelque sorte leur pain quotidien, et tous les efforts du médecin doivent concourir aux moyens de le faire supporter à haute dose, le plus longtemps possible, car le bromure de potassium est le *seul* médicament vraiment actif et presque spécifique de l'épilepsie ; les succédanés qu'on a voulu lui opposer sont infidèles, et la médication bromurée n'a d'action réelle que si elle est administrée à haute dose et d'une façon continue, longtemps même après la disparition apparente des accès. Les doses de 2 à 4 grammes sont toujours insuffisantes chez les adultes, et M. Huchard a coutume de prescrire un jour 5 et même 6 grammes, le jour suivant 4 ou 5 grammes, et ainsi de suite, (c'est-à-dire 6 grammes le premier jour, 5 grammes le second jour, 6 grammes le troisième jour, etc.). Ces doses doivent être fractionées en deux ou trois fois dans la journée, parce que le bromure s'élimine très rapidement par les urines.

Cette règle d'administration par deux ou trois doses fractionnées, et non en quantité massive, est applicable du reste pour tous les médicaments à élimination rapide. Pour les médicaments à élimination lente (comme la digitale), le mode d'administration à *dose massive pendant un seul jour*, s'impose le plus souvent, M. Huchard ayant démontré à maintes reprises et encore dans son volume « *Consultations médicales* » (1) que ces médicaments se chargent eux-mêmes, dans l'organisme, du fractionnement des doses.

(1) *Consultations médicales* (2e édition, Paris, 1901, un vol. in-8° de 844 pages. Baillière, éditeur).

CLINIQUE MÉDICALE

Anévrisme latent de la crosse de l'aorte avec pneumonie massive et nécrosante gauche par compression du nerf vague gauche

par H. Huchard, *Médecin de l'hôpital Necker*
et Bergouignan, *Interne des Hôpitaux*

D..., homme de cinquante-quatre ans, journalier, entre à l'hôpital Necker, salle Chauffard, le 22 février 1901. Cet homme, malade depuis deux ans environ, se plaint d'une toux opiniâtre, de douleurs très vives dans le côté gauche du thorax et d'une grande faiblesse. Il a beaucoup maigri. Rien à noter dans ses antécédents.

L'examen, à l'entrée, révèle une matité absolue occupant toute la moitié gauche du thorax, avec diminution des vibrations thoraciques ; légère broncho-égophonie ; pas de pectoriloquie aphone. Abolition totale du murmure vésiculaire dans plus des deux tiers inférieurs du thorax à gauche. Au sommet, respiration très affaiblie, et quelques râles sous-crépitants. A droite, respiration emphysémateuse et supplémentaire.

Rien de particulier aux autres organes. Le cœur, dont les bruits sont un peu sourds, n'est pas dévié. Cette dernière constatation, jointe à l'insuccès de plusieurs ponctions exploratrices pratiquées en divers endroits, fait écarter l'idée d'un épanchement pleural. On porte le diagnostic de symphyse pleurale chez un tuberculeux, en s'appuyant surtout sur quelques-uns des symptômes précédents et surtout sur un état prononcé de rétraction thoracique du côté malade. Cependant, les crachats non purulents ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Le 3 mars, nouvelles ponctions exploratrices sans résultat. Le malade est soumis à l'épreuve radiographique, qui révèle une zone d'ombre compacte occupant toute la moitié gauche du thorax, et se confondant avec l'ombre du cœur. Celle-ci, d'autre part, ne dépasse pas d'une façon anormale le bord droit du sternum.

Vers le 5 mars, l'état général s'aggrave. La courbe de température, peu élevée jusque-là, décrit de grandes oscillations, à type hectique, assez irrégulier (39 ou 40 degrés le soir, 37 degrés le matin). Le pouls est petit, fréquent (120 à 140 pulsations). Diarrhée jaune, abondante et incoercible. Dyspnée continue, puis orthopnée. Ces symptômes font soupçonner un épanchement purulent enkysté de la plèvre. Mais de nouvelles ponctions exploratrices pratiquées un peu partout ne donnent rien.

Dans le courant du mois de mars, le malade est plusieurs fois examiné à l'occasion du concours des hôpitaux. L'opinion générale est qu'il s'agit d'une symphyse de la plèvre ; cependant l'hypothèse d'une tumeur du médiastin est discutée.

Le 23 mars, dans la matinée, on fait à nouveau quelques ponctions exploratrices. L'une d'elles, pratiquée à la région antéro-axillaire, amène de la sérosité transparente.

Vers 8 heures du soir, le malade qui venait d'aller aux cabinets, se déshabillait près de son lit. Soudain, un jet volumineux de sang lui sort de la bouche et du nez par saccades, sans provoquer de toux. Le malade, appuyé à son lit, ne pouvant parler, frappe du pied pour appeler au secours ; il s'affaisse et meurt deux ou trois minutes après.

Ces symptômes ultimes permettent alors à M. Huchard de

Digitized by Google

faire un diagnostic rétrospectif, et d'affirmer l'existence d'un anévrisme méconnu de l'aorte, ouvert dans la trachée ou dans une bronche.

L'autopsie (25 mars) montra en effet un anévrisme sacciforme, du volume d'une mandarine, situé à la partie antéro-interne de la portion descendante de la crosse aortique. La cavité de l'anévrisme présente plusieurs diverticules : l'un d'eux communique par un orifice arrondi, d'une pièce de cinquante centimes, avec la face postérieure de la bronche gauche, adhérente à la tumeur. Les bronches et la trachée sont remplies de caillots.

Le tissu fibreux péri-anévrismal adhère à la face antérieure de l'œsophage et englobe le nerf pneumogastrique gauche à tel point qu'il est impossible de le disséquer à ce niveau. Cependant, M. Gratiot, externe de service, y parvient après une très habile dissection de la pièce. A signaler une grande lacune dans l'observation : le nerf vague comprimé n'a pu être histologiquement examiné, par suite de circonstances indépendantes de notre volonté.

La plèvre gauche, très épaissie, est presque partout adhérente. En avant, vers l'aisselle, elle forme une poche qui contient 200 à 300 grammes d'une sérosité transparente.

Le poumon gauche forme un bloc compact très dense, gris cendré à la coupe. Celle-ci est sèche, et légèrement granuleuse. L'examen microscopique, négatif au point de vue de la tuberculose, montre un parenchyme pulmonaire désorganisé, des alvéoles déformées, oblitérées ou remplies de leucocytes en dégénérescence.

Le poumon droit est emphysémateux et congestionné à sa base.

Le cœur est petit. L'aorte dans toute son étendue est parsemée de plaques athéromateuses.

L'observation sommaire que nous venons de vous présenter n'a certes pas le mérite de la nouveauté, et depuis Bignardi (de Modène) qui, dès 1840, a attribué certains cas de tuberculose pulmonaire à la compression du nerf vague par des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés jusqu'à Stokes qui avait insisté sur les rapports unissant la tuberculisation pulmonaire aux anévrismes aortiques, appelées par lui « anévrismes strumeux ou consomptifs », Habershon qui pensait déjà (1864) que cette tuberculose pouvait être le résultat de la compression des nerfs vagues, et Hanot qui, dans son étude devenue classique sur le « rapport entre l'anévrisme de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse » (1876), énonça la même pathogénie, un assez grand nombre d'observations semblables ont été publiées (J. Pearson Irvine, 1878 ; Talamon, 1879 ; Aubry, 1885 ; Raoult, 1892, etc.).

Dans son étude sur la « pneumonie du vague » (*Arch. de méd.*, 1895) et l'année suivante dans sa remarquable thèse sur « le rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil pulmonaire », Henri Meunier coordonne tous ces faits, et montre que la pneumonie du vague passe par deux phases : la première, physiologique avec de simples lésions congestives, ecchymotiques ou apoplectiques du poumon ; la seconde, pathologique, la lésion devenant fonction d'infection, et prenant des caractères différents suivant la nature de l'agent pathogène (broncho-pneumonies lobulaires, pneumonie lobaire fibrineuse, pneumonies suppurée, gangreneuse, nécrosante, caséeuse, tuberculeuse, etc.) En un mot, la lésion nerveuse prépare le terrain pour les diverses infections pulmonaires. Sur un total de 35 cas où la compression des nerfs pneumogastriques a été constatée, les lésions suivantes ont été relevées :

Pneumonie destructive nécrosante.....	14 fois
Tuberculose granulique.....	10 —
Pneumonie caséeuse	2 —
Pneumonie fibrineuse.....	4 —
Pleuro-pneumonie et pleurésie.....	3 —
Broncho-pneumonie suppurée	1 —
Dilatation bronchique suppurée.....	1 —
	35 fois

« Ce qui prouve, comme je le dis (*Traité des mal. de cœur*, 1899, t. II, p. 440), qu'il y a une relation de cause à effet entre les lésions des nerfs vagues et celles des poumons, c'est que celles-ci se produisent toujours, sauf de très rares exceptions, du même côté : à gauche avec la compression du nerf pneumogastrique gauche, à droite, avec la compression du nerf pneumogastrique droit. D'autre part, les lésions pulmonaires existent plus souvent à gauche, parce que la crosse aortique est en rapport plus immédiat avec le pneumogastrique gauche. Elles ne se montrent à droite que dans les cas où l'anévrisme siège à la portion horizontale de la crosse, ou encore intéresse le tronc brachio-céphalique. »

Ces diverses considérations sont importantes, et si on les avait toujours présentes à l'esprit, peut-être serait-il possible, sinon d'établir toujours un diagnostic difficile, au moins de chercher une tumeur anévrismale, la tente non seulement par son petit volume, mais aussi par son siège. Le diagnostic *post mortem*, avant l'autopsie, a été fait par nous ; mais il est alors facile, il n'est d'aucune utilité et ne peut nous satisfaire. Chez un adulte où les retentissements ganglionnaires sont plus rares que chez l'enfant, et où l'on ne peut par conséquent invoquer aussi souvent la compression des vagues par l'adénopathie trachéo-bronchique ou médiastine, l'existence d'une pneumonie chronique *à gauche*, en l'absence du bacille de Koch dans les produits de l'expectoration, la tachycardie et les douleurs intercostales très vives (comme notre malade en présentait), sont les éléments d'un diagnostic, sinon certain, au moins probable. En tout cas, dans l'observation que nous vous soumettons, si le diagnostic complet a pu être presque impossible, le fait n'en est pas moins intéressant,

Digitized by Google

parce qu'il apporte un exemple de plus à l'étude des infections pulmonaires par compression et lésion probable du nerf vague.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le florion d'or. — Ce nom sonore abrite une plante modeste, autrefois très en usage, trop oubliée de nos jours, le pissenlit (Taraxacum dens leonis) petite chicoracée humifuse à suc laiteux, connue de tous. On employait les feuilles et la racine comme diurétique, antiscorbutique.

Polak, en 1839, retira de toutes les parties de la plante une substance cristalline à saveur amère soluble dans l'eau, la taraxacine ; Kromayer en isola plus tard la taraxerine ; la plante contient en outre une grande quantité de sels de potasse et le suc laiteux qui s'en écoule est riche en substances résineuses ; malheureusement cet essai d'étude chimique du taraxacum est resté à l'état d'ébauche. D'ailleurs, la science moderne ne s'est pas non plus cocupée beaucoup d'étudier l action pharmacodynamique du pissenlit ou celle de ses principes actifs, et cette plante n'a guère, en France du moins, que des usages culinaires. Le pissenlit et plus spécialement sa racine, semble cholagogue au même titre que le calomel : les expériences de Rutherford et de Vignal ont établi qu'il n'influence pas la sécrétion biliaire : le taraxacum, comme le sel mercureux, paraît agir seulement sur les contractions de la vésicule du fiel.

Très employée en Angleterre, cette plante y est classée parmi les médicaments altérants. Pamperton l'administrait avec succès dans l'hépatite chronique, et la plupart des praticiens anglais la prescrivent dans cette affection contre laquelle elle passe pour avoir une action spéciale. En France, Cazin l'a utilisée avec succès dans l'ictère essentiel ou symptomatique et surtout dans les engorgements hépatiques ou spléniques qui suivent les fièvres intermittentes.

Les préparations galeniques de taraxacum, employées en France, l'extrait de feuilles, l'extrait de racines obtenus par décoction sont peu actifs, même à la dose de 10 grammes ; le suc frais, par contre, représente la préparation de choix ; la dose quotidienne est de 50 à 100 grammes ; malheureusement il subit avec la plus extrême rapidité la fermentation visqueuse ; de plus la plante n'acquiert son maximum d'action qu'au mois d'août, époque à laquelle sa teneur en taraxacine est la plus grande : aussi, pour conserver ce suc, la pharmacopée britannique le fait additionner du tiers de son poids d'alcool à 90° ; ce liquide connu sous le nom de *succus taraxaci* est trop riche en alcool : on pourrait lui substituer l'une des trois préparations suivantes :

1° Suc de pissenlit :

Racines fraîches de pissenlit, q. v., exprimez le suc ; pour 100 parties de ce suc ajoutez :

Alcool à 90°.....	18 grammes
Glycérine.....	15 —
Eau.....	17 —

Filtrez : dose de 1 à 2 cuillerées à soupe.

2° Suc de racines de pissenlit, q. v., évaporez à consistance d'extrait ; doses de 1 à 2 grammes, en pilules.

3° Sirop de pissenlit composé :

Vin blanc.....	150 grammes
Rhubarbe concassée.....	20 —
Phosphate de soude.....	2 —

Faites macérer 48 heures, filtrez ; ajoutez :

Suc de racines de pissenlit....	350 grammes
Sucre blanc.....	900 —

un sirop par simple solution au bain marie couvert, et faites passer.

Dose de 1 à 3 cuillerées à soupe.

Le suc de pissenlit entrait dans la composition de sucs d'herbes qu'on prescrivait beaucoup autrefois (cure de printemps) et sur lesquels je reviendrai dans un prochain article à propos du sel Duobus et du suc d'herbes de la pharmacopée française. — A. B.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli (injections d'acide phénique). *Etude expérimentale*, par Albert Josias, médecin de l'hôpital Bretonneau. (Acad. de méd., 15 octobre 1901).

Le traitement de Baccelli consiste à faire à un malade, atteint de tétanos confirmé, des injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'acide phénique pur en solution aqueuse à 2 ou 3 0/0 ; on peut injecter chaque jour, en quatre, six ou huit injections, jusqu'à 30 centigrammes et plus d'acide phénique pur. Le traitement doit être continué jusqu'à guérison complète. Ascoli a réuni 33 observations dues à différents auteurs : 32 malades auraient guéri !

C'est par l'expérimentation que l'on peut établir la valeur réelle d'un traitement du tétanos confirmé.

M. Albert Josias a expérimenté sur des chèvres ; la chèvre est relativement peu sensible au tétanos ; l'évolution du tétanos de la chèvre et sa gravité sont assez comparables à ce que l on voit chez l'homme. M. Albert Josias s'est servi d'une toxine tétanique, dont on avait pu déterminer exactement la dose minima toujours mortelle pour la chèvre.

Ces expériences ont porté sur sept chèvres et ont toutes été négatives Le traitement de Baccelli ne semble pas pouvoir influencer favorablement l'évolution du tétanos déclaré, même quand ce traitement est institué hâtivement, dès l'apparition des premiers symptômes.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

GYNÉCOLOGIE

Traitement des plaies de l'utérus produites de dehors en dedans. — Ces plaies pénétrantes sont de trois ordres : plaies par instrument tranchant, plaies par arme à feu, plaies par instrument piquant. Comme le fait remarquer Rebreyend (*Th. Paris*, 1901), des indications opératoires bien distinctes sont applicables à chaque catégorie.

Dans les plaies par instruments tranchants, généralement de grandes dimensions, accompagnées de lésions complexes variées, le chirurgien doit intervenir pour réparer la plaie, faire l'hémostase, suturer les perforations.

S'il y a issue au dehors de la totalité ou de la majeure partie du fœtus, il faut l'extraire, avec le placenta si possible, de manière à pratiquer ensuite la suture méthodique de l'utérus.

Lorsque la plaie est moins large, et qu'il n'y a pas issue des parties fœtales, l'abstention serait dangereuse, à cause de la possibilité d'une hémorragie vaginale et intra-péritonéale pendant le travail.

Ce n'est qu'en présence d'une plaie incomplète et non pénétrante de l'utérus, que cette conduite pourrait être suivie, dans l'espoir d'une continuation de la grossesse ; mais ici encore cette conduite serait dangereuse. Aussi en présence d'une plaie affaiblissant notablement la résistance de l'utérus, surtout à une période avancée de la grossesse, ce serait prendre une grande responsabilité que de laisser de telles malades à la merci d'une rupture spontanée du travail. La suture s'impose donc dans tous les cas, mais elle peut être faite par divers procédés, elle est d'ailleurs rendue difficile par la friabilité du tissu et sa contractilité amenant d'abord une déformation de la plaie, facilitant ensuite la déchirure ; ces inconvénients se manifestent surtout à la fin de la grossesse.

La suture la plus simple et la plus rapide est celle que recommande Terrier, suture non pénétrante faite en un seul plan à points séparés, rasant la face profonde de la muqueuse. On devra, pour assurer l'écoulement des liquides, introduire un gros tube à drainage dans le col.

Les difficultés de la suture, la crainte de la désunion secondaire, enfin la présence de lésions complexes et multiples ont conduit certains chirurgiens à pratiquer dans ces cas l'hystérectomie abdominale, totale de préférence.

La question est toute différente dans les plaies par armes à feu ; le ventre est fermé, une première question se pose : doit-on faire une laparotomie immédiate ? La plupart des chirurgiens actuellement répondent par l'affirmative.

S'il s'agit d'une arme de petit calibre, la tentation est grande de laisser l'avortement se faire, le travail continuer. Malheureusement, dans ces cas, l'utérus est loin d'être tout ; comment être sûr de l'intégrité de l'intestin grêle, du mésentère, même alors qu'un gros vaisseau n'occasionne pas immédiatement d'hémorragie interne ? Il faut traiter ces cas comme une simple plaie pénétrante de l'abdomen, aller droit aux lésions possibles de l'intestin, quitte à traiter, chemin faisant, si on les rencontre, ou à rechercher ensuite les perforations de l'utérus. On fera donc une laparotomie immédiate, et l'on suturera la ou les perforations de l'utérus ; mais alors au moment du travail qui ne tardera guère à se produire, il faudra se tenir prêt à parer au danger d'hémorragie ; on fera la délivrance artificielle et l'on s'abstiendra de toute irrigation intra-utérine.

Les piqûres de l'utérus ont une physionomie particulière, et l'on peut dans ces cas attendre l'avortement, qui ne saurait manquer, mais qui survient dans des conditions sensiblement normales, avec ses phénomènes et ses complications propres, nullement influencées du fait de la piqûre utérine.

Dans les observations de plaies utérines, où il y a eu des grossesses consécutives, il est à remarquer qu'elles se sont normalement passées ; elles sont allées à terme et le travail n'a été menacé par aucune complication. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des kystes hydatiques et des kystes séro-sanguins de la rate. — *Ponction.* — L'expérience acquise avec les kystes hydatiques du foie ne permet plus guère aujourd'hui de ranger la ponction parmi les méthodes chirurgicales applicables aux kystes de la rate.

On ne peut discuter la ponction que dans les faits de kystes contenant beaucoup de liquide et peu de vésicules. Or, pour qui connaît les difficultés qu'on éprouve dans le diagnostic des kystes hydatiques de la rate, non seulement au point de vue du siège, mais encore au point de vue de la nature de la tumeur, il est bien difficile d'admettre que la ponction soit autre chose qu'une intervention à l'aveuglette, répugnant à nos habitudes modernes de chirurgie à ciel ouvert et offrant par contre de multiples dangers

Digitized by Google

Il est inutile d'en rappeler les dangers.

La ponction n'est rationnelle que dans des cas limités, et encore les difficultés du diagnostic en rendent-ils l'emploi singulièrement aléatoire et peu justifié ; elle est dangereuse par ses conséquences immédiates ou éloignées. Ses résultats sont peu brillants et elle est infidèle.

C'est un moyen infidèle ne donnant qu'une guérison inconstante, car elle est incapable d'évacuer des kystes multiloculaires ; elle est pleine de périls, immédiats dus à une infection hydatique aiguë, à une hémorragie possible de la rate ponctionnée, à une perforation de l'intestin adhérent ; périls ultérieurs dus à des phénomènes infectieux du côté du péritoine ; enfin, il faut faire entrer en ligne de compte les graves conséquences de la temporisation.

Ponction combinée à une injection parasiticide. — Tout ce que nous venons de dire de la ponction simple s'applique à la ponction suivie d'injection d'un liquide parasiticide.

L'*incision* franche du péritoine est la meilleure méthode ; elle permet d'explorer le kyste et de le traiter à bon escient d'après sa forme, son volume et ses rapports.

Nous trouvons, sur trente et un cas où la terminaison est connue, vingt-deux guérisons et neuf morts, soit une mortalité de 29 p. 100, ce qui est encore considérable. Cependant, en examinant les causes de mort, nous voyons que l'incision ne saurait être rendue responsable de tous les décès portés à sa charge.

Dans les kystes de la rate, comme dans ceux du foie, l'incision a le sérieux désavantage de laisser une poche qui se comble très lentement soit par la rigidité des parois, soit par leur incrustation calcaire ; aussi la guérison est lente, incertaine, et on voit persister pendant des mois une fistule intarissable, aboutissant à une poche qui finit par s'infecter ; de sorte que parfois la suppuration persistante de la poche aboutit à la septicémie et à la cachexie des malades. Si la guérison survient, il persiste en outre assez souvent des éventrations pénibles.

L'idéal est donc, soit de fermer la poche après avoir décollé soigneusement de la membrane adventice les parois du kyste (membrane germinative et lame élastique comprises), soit d'extirper le kyste.

Le procédé que Delbet a inauguré pour le foie et étendu ensuite à la rate consiste à passer, à l'aide d'aiguilles très courtes, un gros catgut dans l'une des parois et à le conduire ensuite de la même façon dans le point symétrique de la paroi opposée. On passe ainsi une série de fils qui s'échelonnent en commençant par la profondeur, puis on noue les chefs des fils qui rapprochent ainsi les parois en les accolant et effacent la cavité. On ferme ensuite la poche par une série de points de suture à la Lembert. Malheureusement, ce procédé n'est pas applicable à tous les cas, et il est forcément contre-indiqué lorsque le kyste est suppuré, lorsque les parois sont calcifiées ou bien lorsqu'il s'agit de ces poches à type ascendant profondément cachées derrière les côtes et refoulant le diaphragme.

L'*extirpation du kyste* est forcément un procédé exceptionnel. Elle ne peut s'adresser qu'aux cas où le kyste est plutôt juxtasplénique qu'intrasplénique, ayant son point de départ soit dans la capsule, soit au niveau du hile ; il est alors plus ou moins pédiculé. Dans ce cas, la section pure et simple du pédicule suffit à amener la guérison.

On l'a encore appliquée aux kystes à développement excentrique nés près de la capsule qui se portent en dehors et se présentent, non plus sous l'aspect de kyste pédiculé, mais donnent à l'ensemble de l'organe un ensemble bilobé. Les deux lobes de la tumeur sont réunis par un étranglement plus ou moins large, de sorte que le kyste est en général sessile. Ici l'opération n'a plus la même simplicité que dans le cas précédent ; il faut inciser le tissu de la rate et pratiquer une sorte de résection de l'organe. Il faut, par conséquent, faire des sutures, et nous savons avec quelle facilité le tissu splénique, mou et friable, se déchire toutes les fois qu'on veut y passer des fils, de sorte qu'on est exposé à tous les inconvénients d'une hémorragie.

L'extirpation du kyste est donc un procédé applicable surtout aux cas très restreints où le kyste est nettement pédiculé. Si, tout en faisant saillie à la surface de la rate, il est profondément enfoncé dans le parenchyme, il vaut mieux recourir à une autre intervention, à la splénectomie de préférence.

Splénectomie. — Nous venons de voir que la ponction est un moyen infidèle et dangereux ; que l'incision avec marsuplication donne une guérison lente, incertaine, exposant le malade aux inconvénients de l'éventration et aux périls de la septicémie et de l'épuisement dus à une longue suppuration ; que l'incision sans drainage avec capitonnage n'est pas applicable à tous les cas et que l'extirpation du kyste est un moyen d'exception. Il nous reste maintenant à rechercher si l'*ultima ratio*, la splénectomie, nous offre au point de vue thérapeutique des conditions meilleures.

Pour certains auteurs, toutes les fois qu'elle est possible, la splénectomie est le procédé de choix. Jonnesco a avancé que la rate dans laquelle s'est développé un kyste hydatique était fréquemment détruite au point de vue physiologique et que l'incision simple ou la marsupialisation pouvaient donner naissance à des récidives, des adhérences ou

Digitized by Google

des fistules. Ces interventions ne devraient être pratiquées, selon lui, qu'à titre exceptionnel.

Au point de vue des dangers de l'opération, nous trouvons une mortalité de 15 p. 100.

Mais cette mortalité est-elle imputable tout entière à la splénectomie?

Il est permis d'envisager la mortalité de la splénectomie pour kyste hydatique avec confiance. Dans plus de moitié des cas, la rate avait conservé sa mobilité et l'opération fut facile. Lorsque, au contraire, il existe des adhérences multiples et solides, il semble plus prudent de renoncer à une tentative qui peut parfois être couronnée de succès, et de recourir plus simplement à l'incision avec réunion immédiate par le procédé de Delbet. Nous croyons que dans les kystes hydatiques de la rate, comme dans toutes les affections qui peuvent indiquer la splénectomie, la constatation d'adhérences très nombreuses et très résistantes doit entrer en ligne de compte pour peser au cours de l'opération sur les décisions du chirurgien. La déchirure de ces adhérences est longue ; elle amène une perte de sang considérable, elle prolonge dangereusement la durée de l'opération. Aussi, dans les cas de ce genre, suivant nous, doit-elle être abandonnée. Il vaut mieux avoir recours à l'incision.

Limitée aux cas où la rate est libre ou présente peu d'adhérences, la splénectomie dans les kystes hydatiques donnera, des résultats presque constamment heureux. — Février (*Cong. de chir.*)

MÉDECINE INFANTILE

La sérothérapie préventive de la diphtérie. — L'action préventive du sérum antidiphtérique bien que déjà mise en lumière à l'étranger dès 1894, a été longtemps délaissée dans la pratique médicale. Les communications récentes de M. Netter, de MM. Guinon et Mathé, qui ont relaté ses bons effets dans une épidémie survenue à la Salpétrière, ont remis cette question à l'ordre du jour (*Thèse de Mathé* 1901).

Ces injections sont d'une innocuité presque absolue, les accidents qu'on leur impute sont bénins et consistent surtout en éruptions cutanées diverses. On ne peut les rendre responsables des accidents graves, comme les arthrites, la néphrite, les paralysies, la mort qu'on les avait autrefois accusées de provoquer.

L'immunité qu'elles confèrent dure environ trois à quatre semaines. Elle est presque absolue et les cas de diphtérie qui se déclarent en dépit d'elle sont rares et d'une bénignité remarquable.

La dose à injecter varie avec l'âge du sujet et la gravité de l'épidémie. On injectera, en général, au-dessous de trois ans, 5 cent. cubes ; de 3 à 12 ans, 10 cent. cubes ; chez un adulte, 20 cent. cubes.

La prophylaxie de la diphtérie sera basée sur les indications suivantes :

A. Lorsqu'un cas se déclare dans une famille : *a*) Si la famille est riche et l'appartement propre, on devra :

1° Isoler le malade ;

2° Désinfecter ou détruire les objets qui lui ont appartenu ;

3° Recommander l'antisepsie et les lavages fréquents de la gorge et du nez à ceux qui l'approchent ;

4° Examiner la gorge des frères et sœurs et, s'ils sont porteurs de rhino-pharyngite ou d'adénoïdite, les soumettre à l'inoculation préventive ; dans le cas contraire, se contenter des lavages de la gorge.

b) Si la famille est pauvre, l'hygiène insuffisante :

1° L'enfant malade sera envoyé à l'hôpital :

2° Tous les autres enfants seront soumis aux lavages de la gorge et à l'inoculation préventive ;

3° Il serait bon d'examiner aussi la gorge des enfants allant à l'école dans la même classe que le petit malade.

B. Lorsqu'un cas de diphtérie se déclare dans un service d'hôpital, il est bon de recourir aux inoculations préventives, surtout si le service contient des malades qui sont particulièrement exposés à la contagion de la diphtérie; chez les morbilleux, cette inoculation s'impose ; elle doit, en outre, être répétée tous les quinze jours, suivant la pratique d'Heubner.

Chez les enfants tuberculeux, l'injection de sérum pouvant déterminer une poussée fébrile, il sera préférable de s'abstenir.

C. Lorsqu'un cas de diphtérie se déclare dans une école, on devra :

1° Brûler les objets appartenant au malade ;

2° Laver et désinfecter l'école ;

3° Inoculer les enfants et leur recommander les grands lavages fréquents de la gorge et du nez avec l'eau oxygénée à 12 volumes ou le permanganate de potasse à 1 p. 2000.

Dans un collège, la conduite sera la même ; en outre, on congédiera les internes pendant la désinfection; on leur recommandera les lavages antiseptiques de la gorge et du nez, et le jour de leur sortie, comme celui de leur rentrée, leurs gorges seront examinées, et l'on inoculera ceux qui auront des mucosités abondantes ou une affection de la gorge.

Une crèche où se déclarerait la diphtérie, serait

Digitized by Google

fermée pendant le temps nécessaire à la désinfection et les enfants inoculés.

Dans les asiles, les hospices, les casernes, les précautions à prendre seront identiques. — E. L. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'épilepsie jacksonienne et les localisations cérébrales. — M. Laborde. Si le siège et la localisation des phénomènes moteurs d'ordre convulsif ou de nature paralytique prédominent dans la région rolandique, dite psycho-motrice ; ils n'y sont pas exclusivement confinés dans une limite fixe et infranchissable Ils peuvent s'étendre aux régions antérieure ou frontale et postérieure ou pariéto-occipitale, surtout dans les conditions de lésions secondaires ou extensives.

Il en résulte qu'au point des vue de déductions pratiques, notamment des applications chirurgicales ou de la trépanation, la recherche de la lésion, même dans les cas où l'indication symptomatique semble la plus localisée, ne doit pas se borner strictement à la zone motrice ou rolandique proprement dite, mais s'étendre suffisamment au-delà de cette limite, prédominante, mais non exclusive.

M. Dieulafoy. Il est certain qu'au nombre des épilepsies partielles, et en dehors de l'épilepsie jacksonienne classique qui a pour cause une lésion de la zone rolandique, il y a une épilepsie jacksonienne, relativement fréquente, qui a pour cause une lésion du lobe frontal. Ce fait est mis hors de doute par l'observation de M. Dieulafoy, et par celles de MM. Lépine, Faguel et Chipault, qui lui sont absolument comparables. (*19 novembre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. Chantemesse. Nous savons aujourd'hui que la fièvre typhoïde est une maladie à la fois infectieuse par les bacilles typhiques végétant dans le corps, et toxique par les poisons que sécrètent ces bacilles. En ce qui concerne la sérothérapie de cette affection, il s'agit d'obtenir une toxine qui, non seulement neutralise l'action du poison, mais encore frappe dans sa source même la cause vivante productrice de ce poison.

J'ai fait connaître, au congrès de Madrid, en 1898, la découverte de cette toxine soluble, son mode de préparation.

Je ferai connaître aujourd'hui les propriétés de ce sérum utilisé dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde humaine.

Ma statistique se compose de 100 malades traités par le sérum antityphoïde. Sur ce nombre, tous ceux qui ont été traités avant le dixième jour ont guéri. 6 ont succombé, dont 3 de perforation intestinale.

L'étude de ces observations m'a permis d'en tirer les conclusions suivantes :

La *durée* de la maladie traitée par le sérum est notablement diminuée. L'évolution se fait d'autant plus rapide que le traitement intervient à une date plus rapprochée du début, que la dose est suffisante, et qu'une nouvelle injection est pratiquée dès que le besoin s'en fait sentir. La rapidité de la guérison est commandée par la précocité de l'intervention sérothérapique.

Les effets de la médication sur l'*état général* du patient se manifestent avec d'autant plus de netteté que le traitement intervient plus tôt et que l'intoxication du malade est moins profonde. Vingt-quatre ou trente-six heures après l'injection, le malade se sent mieux, la céphalalgie diminue, le visage rougit et perd sa teinte plombée.

La *diarrhée* devient plus rare et se supprime bientôt, elle ne persiste d'ordinaire que deux, trois ou quatre jours après l'injection, ce qui permet d'alimenter de bonne heure le malade avec du lait et du suc musculaire de viande crue.

L'influence sur le *pouls* et la *pression sanguine* est aussi très marquée, et le ralentissement des pulsations radiales est un des signes les plus constants et les plus significatifs de la guérison rapide survenant après l'injection de sérum. Dans les cas où la maladie a été arrêtée à son début assez brusquement, le pouls est tombé, en quelques heures, à 60, 55, 52 pulsations par minute.

D'ordinaire, la chute du pouls accompagne la défervescence thermique, et, si la maladie n'est enrayée que peu à peu, le pouls descend lentement. L'étude du pouls, vingt-quatre heures après l'injection, permet de prévoir si la maladie sera rapidement ou plus lentement jugulée. La pulsation radiale reste donc toujours la clef du pronostic de la fièvre typhoïde.

Sous l'influence du sérum, la pression sanguine, très abaissée dans la dothiénentérie, augmente beaucoup ; de 12 à 13 centimètres de mercure, on la voit s'élever dans les trois ou quatre jours qui suivent l'injection à 17-18 centimètres. Plus tard, elle s'abaisse de nouveau. Cette augmentation de pression explique la polyurie qui s'observe souvent après l'injection sérothérapique ; elle donne la raison du danger très réel créé, après l'application du sérum, par les injections sous cutanées d'eau salée ou par les injections de caféine qui, combinée au sérum, risque de produire la contracture des muscles cardiaques.

L'action du sérum sur la *température* des typhiques est particulièrement remarquable. Toujours, et dans tous les cas, pourvu que l'application du remède soit faite comme je le dirai, on constate un abaissement thermique après l'injection. Mais ici il faut distinguer les cas où l'infection typhoïde est faible, moyenne ou forte. Quand l'infection est faible (début de la fièvre typhoïde, début d'une rechute, maladie peu intense), le sérum provoque d'abord, trois ou quatre heures après sa pénétration sous la peau, une élévation thermique modérée qui dure quelques heures, et

Digitized by Google

qui est suivie d'un abaissement. La température tombe au-dessous du niveau où elle se maintenait avant l'injection ; la défervescence se produit plus ou moins vite, aboutissant à l'apyrexie complète ou incomplète.

Quand l'infection est intense et généralisée, la réaction provoquée par le sérum est beaucoup plus prolongée. Il se fait sous l'influence du médicament une destruction rapide d'un très grand nombre de microbes, et la multitude des corps microbiens englobés et dirigés par les phagocytes jette dans la circulation des substances pyrérogènes plus ou moins abondantes. Cette réaction fébrile doit être combattue par la réfrigération (bains froids), à moins de contre-indications par une inflammation pulmonaire. La méthode thérapeutique de Brand mérite à ce moment d'être suivie rigoureusement, et dans son esprit et dans sa lettre. La fièvre vive dure un jour, deux jours, et, dans les formes intenses et tardivement traitées, jusqu'à trois et quatre jours; puis la détente se produit, et il n'est plus nécessaire que de donner un ou deux bains par jour, et bientôt la balnéothérapie devient inutile. Les médecins qui ont longtemps pratiqué la méthode de Brand, savent combien est longue, dans les formes graves, cette période de lutte contre la fièvre, pendant laquelle, malgré les souffrances du malade, il faut parfois lui donner des centaines de bains, sources de complications, de furonculose, etc. Avec l'injection du sérum, la lutte contre l'hyperthermie, la balnéothérapie froide sont toujours de courte durée.

La *température* des malades traités doit être l'objet d'une surveillance quotidienne attentive. Ne sont réellement guéris que ceux dont la moyenne de plusieurs températures prises en vingt-quatre heures ne dépasse pas 37 degrés, et dont l'urine a repris sa teneur en chlorures.

J'ai signalé, à propos des rechutes, l'importance de l'examen de la courbe thermique qui permet de présager l'imminence d'une réitération de la maladie et d'y mettre obstacle par une nouvelle injection de sérum. Si l'on a laissé la rechute atteindre son complet développement et que l'on n'intervienne alors que par de faibles doses de sérum, chaque dose amène un abaissement thermique qui dure quelques jours, puis la maladie reprend son cours. Quelques-unes de ces rechutes, traitées ainsi d'une manière défectueuse, ont duré plus longtemps que la première atteinte ; elles se sont toujours terminées par la guérison.

L'action du sérum sur le *rein* mérite d'être envisagée au point de vue de la quantité et de la qualité de l'urine. D'une manière générale, la quantité est augmentée, sinon dans les premières heures après l'injection, — excepté dans les cas où le patient boit abondamment, — du moins dans les jours qui suivent, et la *polyurie* peut atteindre 3, 4 litres et davantage.

Une fois établie, cette polyurie persiste assez longtemps, même quand la température reste encore au-dessus de la normale. Il s'agit ici d'une particularité remarquable, puisque dans les fièvres typhoïdes non traitées par le sérum la polyurie ne se montre que lorsque la convalescence est confirmée. Tant que la température reste au-dessus de la normale, la polyurie provoquée par le sérum n'entraîne pas de décharges urinaires abondantes; les chlorures sont toujours rares dans l'urine, et leur élimination ne se fait en abondance que lorsque la défervescence thermique complète et la convalescence sont installées depuis vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Au point de vue de la qualité de l'urine on peut affirmer que lorsque le rein était sain, avant la fièvre typhoïde, l'injection de sérum n'amène pas par elle-même l'albuminurie. J'ai vu souvent l'albuminurie, au taux de 75 ou 80 centigrammes par litre, provoquée par la fièvre typhoïde avant l'injection de sérum, disparaître rapidement après cette injection.

Au moment de la période de réaction fébrile, il est extrêmement utile de faire boire copieusement le malade. Quand l'urine est abondante, le lendemain ou le surlendemain de l'injection la défervescence se produit vite. Il faut lutter énergiquement contre la mauvaise volonté ou plutôt contre la répulsion que certains typhiques éprouvent à boire beaucoup. Un verre d'eau, sous la forme d'une tisane quelconque, pris toutes les heures, constitue une pratique excellente.

Les modifications du *sang* des typhiques injectés sont remarquables et peuvent se résumer d'un mot. Très rapidement, après l'injection, le sang revêt les caractères qu'il présente à la veille de la convalescence survenue normalement à la fin de la fièvre typhoïde.

Les *complications* chez les malades traités par le sérum sont rares, à l'exception de la plus terrible de toutes, la perforation intestinale. Encore est-il à remarquer que la perforation ne survient que chez les gens traités tardivement, après le neuvième, après le dixième jour. Si le sérum a le temps d'agir pendant quatre jours avant que la gangrène totale de la paroi de l'intestin soit réalisée, il prévient, dans l'immense majorité des cas, cette gangrène totale et met obstacle par ce procédé à la perforation. Sur les 100 cas que j'ai traités, j'ai observé les complications suivantes survenues malgré le traitement : trois cas d'hémorrhagie intestinale qui ont guéri; un cas de perforation intestinale terminé par la mort ; trois cas d'otite moyenne qui ont guéri ; deux cas de phlébite légère de la saphène qui ont guéri; un cas de pneumonie chez un malade hyperpyrétique traité tardivement et suivi de mort.

En résumé, le bilan des actions du sérum sur l'organisme des typhiques montre que ce remède provoque chez l'homme les mêmes effets que chez les animaux en expérimentation ; il agit à la façon d'un excitant phagocitaire ; il est préventif, anti-infectieux et antitoxique. La réaction qu'il fait naître chez les malades gravement atteints est l'effet de l'énorme destruction microbienne qu'il entraîne. Il faut à ce moment venir en aide à l'organisme en modérant l'hyperthermie par la réfrigération, en donnant au malade des boissons abondantes capables de drainer vers l'urine les substances irritantes charriées dans le sang. Il

Digitized by Google

n'est besoin ni de quinine, ni de caféine, ni surtout d'injection d'eau salée ; mais il est besoin d'eau sous forme de tisane, et d'eau en abondance.

Il me reste maintenant à indiquer la technique de l'opération et les doses qu'il convient d'employer. L'injection n'est ni douloureuse, ni irritante. Je la fais sous la peau de l'avant bras, au niveau de la saignée du coude. Il m'a paru que dans cette région où le réseau veineux est très développé, le sérum était plus vite résorbé que sous la peau de la région abdominale Il va sans dire que la seringue doit être stérile, et la peau lavée avec soin, et l'aiguille introduite seule tout d'abord, afin de s'assurer que l'on n'a point piqué une veine. L'orifice de la piqûre est fermé avec une goutte de collodion. Les suites de l'injection sont des plus simples. Sur 100 cas, je n'ai observé que 2 fois un léger érythème, qui a disparu rapidement sans même provoquer de fièvre Beaucoup de malades qui avaient reçu en plusieurs fois 25 ou 30 centimètres cubes de sérum n'ont pas même eu trace d'érythème. Naturellement, la quantité de sérum joue un rôle important dans les effets de l'injection Au début de la maladie, dans les huit ou douze premiers jours, chez des adultes vigoureux et bien portants antérieurement, auxquels on pourra appliquer, pour modérer la réaction, la balnéation froide, la dose de choix est 10 à 12 centimètres cubes sous la peau de l'avant-bras. La réaction n'est pas de longue durée, et souvent, la défervescence se faisant par degrés quotidiens, l'apyrexie survient en sept ou huit jours, comme le montrent les courbes ci jointes.

Au bout de huit à dix jours, quand l'apyrexie n'est pas complète et que la moyenne de la température a de la tendance à rester stationnaire ou à se relever, on peut considérer que le sérum injecté a été en grande partie déjà éliminé, et il convient alors, pour parfaire la guérison et empêcher une repullulation microbienne, de pratiquer une nouvelle injection d'une quantité de sérum variable suivant la hauteur de la fièvre ; 4 ou 5 centimètres cubes suffisent, si elle est minime, et 10 si elle est assez intense Chaque nouvelle injection provoque au bout de quelques heures une réaction suivie d'une détente qui s'accentue chaque jour.

La dose première de 10 à 12 centimètres cubes peut être réduite à 6 ou 8 dans les deux circonstances suivantes :

1° Quand on est tout à fait au début de la maladie, dans les 5 ou 6 premiers jours ;

2° Lorsqu'on intervient à une période de la maladie où l'intoxication du malade est déjà ou ancienne ou profonde Il est prudent à ce moment de ne pas rechercher quand même un arrêt brusque de la maladie, d'éviter l'éclat d'une trop forte réaction et de commencer par une dose de 6 à 8 centimètres cubes, quitte à y revenir au bout de quelques jours. Dans l'application du sérum antityphoïde la surveillance consciencieuse et quotidienne du médecin est indispensable.

En dehors du sérum, deux autres éléments interviennent pour assurer la rapidité du succès : c'est la réfrigération, comme il a été dit, et l'alimentation copieuse en eau de boisson (tisanes de queues de cerises, limonade vineuse, eau pure, etc.). Il importe même, quand la réaction du début est vive, de supprimer le lait, qui serait mal digéré, pour s'en tenir à l'alimentation hydrique. Au bout de peu de jours, la diarrhée ayant disparu, on redonne le lait, et il est fort utile à ce moment d'ajouter au régime du suc musculaire de viande crue exprimé par la presse. Cette alimentation, favorable dans la tuberculose, l'est encore plus dans la fièvre typhoïde. Les soins minutieux de propreté de la bouche restent le moyen prophylactique le plus puissant des infections pulmonaires.

La recommandation expresse que je souligne, de réprimer par le bain la réaction fébrile après l'injection, peut suggérer l'idée que l'arrêt rapide de la maladie n'est pas dû au sérum, mais au bain froid. Cet argument ne résiste pas à l'examen, parce qu'on sait que si le bain froid est utile dans la fièvre typhoïde, il n'abrège pas sa durée, il n amène pas d'arrêt rapide ; il aide seulement à supporter la maladie. Il ne s'attaque pas à la cause ; il n'est pas spécifique. D'ailleurs, chez les typhiques traités par le sérum et qui ne sont pas baignés, on voit que la courbe thermique en ascension continue ou en plateau est interrompue par le jour de l'injection, et qu'après cette intervention la courbe de la fièvre descend graduellement, que le malade prenne ou ne prenne pas de bains. Elle descend mieux et plus vite quand il est baigné, voilà l'avantage.

A la fin de cet exposé, il est une condition primordiale et essentielle de succès sur laquelle je ne puis m'empêcher de revenir et qui repose sur la précocité de l'injection de sérum. Quand on a des raisons légitimes de craindre chez un malade l'éclosion imminente de la dothiénentérie, quand on est en présence d'une fièvre suspecte et qui s'accroît chaque jour, accompagnée d'épistaxis, d'insomnie, de troubles digestifs, etc., il ne faut pas attendre avant d'intervenir l'apparition des taches rosées ni celle du sérodiagnostic. J'entends l'objection : mais vous injecterez des gens qui n'auront pas la fièvre typhoïde ! Je réponds : Qu'importe ? Quels inconvénients découlent de l'injection d'une petite dose de sérum ? Aucun. Précoce, comme celle de la diphtérie, doit être la sérothérapie antityphoïde.

Mais là s'arrête la ressemblance. Dans la diphtérie, le sérum supprime ou diminue l'intoxication et fait rejeter au dehors les microbes contenus dans la gorge, tandis que dans la fièvre typhoïde les germes infarcissent les organes internes. Ils ne peuvent disparaître qu'après avoir été englobés et digérés par les phagocytes. On comprend que, suivant la vitalité du patient, les microbes puissent être plus ou moins vite détruits, sous l'action du sérum, et que ceux d'entre eux qui ont échappé à l'englobement et à la digestion phagocytaires puissent repulluler et donner naissance à des rechutes, lesquelles n'existent presque jamais dans la diphtérie.

Digitized by Google

Dystrophie ovarienne. Syndrome basedowiforme. Pseudo-myxœdème — M. Dalché Dans le cortège des phénomènes qui accompagnent la dystrophie ovarienne, c'est-à-dire un fonctionnement défectueux ou nul des ovaires, on rencontre deux états, l'un qui arrive à simuler le syndrome de Basedow atténué ou fruste, l'autre qui prend quelques apparences d'un pseudo-myxœlème ; si, le plus souvent, ils se manifestent isolément, on les observe parfois réunis chez la même malade. Le premier de ces états est surtout caractéristique pour la tachycardie, à laquelle se joignent de la façon la plus variable des modifications assez accusées ou fugaces de la glande thyroïde, des yeux, des voies digestives et du système nerveux ; les troubles de la menstruation sont la règle.

Le second se présente comme une chlorose, pâle ou floride, compliquée d'un œdème ou plutôt d'une bouffissure plus ou moins généralisee.

Ces divers phénomènes sont améliorés, sinon guéris, par l'apothérapie ovarienne.

Lymphadenome du foie. — M. Le Gendre communique un cas de lymphadénome du foie à évolution rapide, simulant un abcès du foie, d'autant plus qu'il s'agissait d'un malade très affaibli par un séjour prolongé à Madagascar. A l autopsie, outre les lésions du foie et des reins, on trouva une artérite sténosante de l'aorte et du tronc brachio-céphalique avec dilatation excessive des artères coronaires peut-être d'origine palustre

Anévrysme latent de la crosse de l'aorte avec pneumonie massive et nec osante gauche par compression du nerf pneumogastrique gauche. — MM. Huchard et Bergouignan. (Voir page 758). *(15 novembre).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Rétrécissement du pharynx. — M. Lejars. Les rétrécissements du pharynx, faits peu communs, se divisent naturellement en trois groupes, suivant leur siège ; ils sont naso-pharyngés ou supérieurs, bucco-pharyngés ou moyens, laryngo-pharyngés ou inférieurs.

M. Morestin nous a envoyé deux observations, qui se rapportent aux deux premiers groupes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 36 ans, atteint d'un rétrécissement cicatriciel naso-pharyngé depuis plusieurs années, à la suite d'une angine syphilitique. Les pilliers postérieurs sont tiraillés en haut et en arrière par des bandes cicatricielles ; la luette est à moitié détachée ; le pharynx ne communique plus avec l'arrière-cavité des fosses nasales que par un orifice étroit, que la luette paraît boucher de temps en temps. La résection de cet organe mit fin aux troubles fonctionnels, d'ailleurs peu accentués.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 34 ans, soigné à Saint-Louis pour une syphilis tertiaire grave, qui fit tomber successivement la langue, les incisives supérieures, la partie correspondante du rebord alvéolaire, les piliers et le voile du palais. Après cicatrisation de ces énormes délabrements, la bouche apparaissait fermée en arrière par un rideau soudé en bas au moignon de langue et partout continu, sauf au niveau d'un orifice placé à la partie inférieure de la cloison, n'admettant que le bout de l'index. Les troubles fonctionnels étaient très accusés : déglutition possible pour les liquides seulement, salivation abondante, parole inintelligible.

En arrière de cette cloison, le pharynx était libre, M. Morestin en profita pour débrider largement de chaque côté de l'orifice, et suturer les lèvres de son incision, muqueuse à muqueuse La restauration fonctionnelle fut suffisante pour assurer la déglutition et le retour de la parole.

Fistule vésico-vaginale. — M. Bazy rend compte d'une observation envoyée par M. Spartali, de Smyrne, dans laquelle il s'agit d'une fistule vésico vaginale distante du col de l'utérus de 1 centimètre, guérie après une deuxième intervention par dédoublement et suture de la cloison.

Le point intéressant de cette observation est une hémorrhagie grave qui se produisit dans la vessie 4 jours après la première intervention. Cette complication est exceptionnelle et est probablement due à l'ulcération d'une artère vésicale par un fil de soie de suture.

Resection du ganglion de Gasser. — M. Delbet présente un homme auquel il a pratiqué la résection du ganglion de Gasser pour une névralgie faciale rebelle à tous les moyens employés, même à la résection du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du crâne. Actuellement cet homme ne souffre plus ; l'opération est faite depuis un mois seulement. *(13 novembre).*

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des artères, veines lymphatiques et nerfs, par G. Bouglé, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine.* O. Doin, éditeur. Prix : 6 francs.

M. Bouglé vient de nous donner un bon livre et essentiellement pratique, car les lésions des artères (plaies, contusions, ruptures), les anévrysmes (artériels, artério-veineux) réclament des soins souvent urgents que tout praticien doit bien connaître. Il en est de même des affections des veines, et le lecteur trouvera dans ce livre le traitement méthodique des varices et de leurs complications, et celui des phlébites.

Les lymphangites aiguës et chroniques, les adénites font l'objet de chapitres non moins intéressants ; enfin toute la chirurgie des nerfs, plaie, section, contusion, névrite, a été l'objet d'un soin particulier.

Nous recommandons la lecture de ce livre, persuadés qu'elle sera très profitables aux praticiens soucieux de bien traiter leurs malades.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois. Fascicule III, prix : 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Dans ce 3e fascicule sont étudiés les rapports du cœur, les

Digitized by Google

nerfs du cœur et l'endocarde ; comme pathologie : l'asystolie, la symphyse cardiaque et les endocardites infectieuses. Chacune de ces questions est parfaitement mise au point et l'étudiant tirera profit de leur lecture.

ACTUALITÉ

Loi et bon sens

Un de nos anciens et fidèles lecteurs me demande, à moi qui suis seulement médecin et qui n'ai jamais étudié le code, de donner mon opinion sur une question en litige. J'avais l'intention d'abord de lui répondre que je ne suis pas très expert en ces sortes de choses ; mais, comme il fait appel au *Journal des Praticiens* qui « a toujours pris la défense des médecins », je vais tâcher de répondre le mieux possible, en m'appuyant sur le simple bon sens. Seulement, je préviens mon correspondant que loi et bon sens sont deux choses absolument différentes.

Voici l'exposé, par le principal intéressé, du fait qui intéresse tous les praticiens :

« Il y a un an et demi, un ouvrier travaillant pour le compte d'un gros négociant en vins de la ville de K..., a deux doigts d'une main emportés en chargeant des barriques sur une charrette. Il vient à mon cabinet, je donne les soins nécessaires et fournis un certificat pour la Compagnie à laquelle son patron est assuré.

« J'envoie la note de mes honoraires à M. X... le patron. Celui-ci me répond : « Je regrette de ne pouvoir régler vos honoraires pour soins donnés à mon ouvrier ; je suis assuré, adressez vous à la Compagnie assureur. »

« Je m'adresse à la Compagnie qui m'offre 10 francs pour constatation de l'accident. Outré, je menace M. X... de le citer en justice de paix. Il me répond : « Je suis obligé de me laisser « citer pour avoir prise contre la Compagnie. »

« Pendant ce temps, la Compagnie m'apprend que les soins médicaux et pharmaceutiques ne sont pas compris dans le contrat passé avec M. X... J'en fais part à ce dernier, et alors c'est son avocat qui m'écrit : « Qu'en tant que négociant en vins, il ne croyait pas que M. X... « fût touché par la loi sur les accidents du travail. »

« Un de mes amis, avocat, me conseille de poursuivre l'ouvrier, qui à son tour se retournera contre son patron. Mais où trouver l'ouvrier ? J'ajouterai que l'ouvrier est venu d'urgence chez moi, et qu'il n'avait pas à choisir de médecin puisque j'étais seul dans la localité. D'ailleurs, M. X... dans sa première lettre reconnaît les soins donnés par moi à son ouvrier puisqu'il me conseille de m'adresser à la Compagnie assureur

« Voilà donc l'affaire : 1° Puis-je attaquer le patron directement en laissant l'ouvrier de côté ? 2° Le patron, en tant que négociant en vins, est-il sous le coup de la loi sur les accidents du travail ?

« Je vous prie de bien vouloir me donner une réponse nette à ces questions. Cela intéresse le corps médical, puisque d'autres confrères peuvent se trouver dans mon cas. »

Je réponds :

Si l'ouvrier est venu vous trouver directement, de lui-même, sans que vous ayez été désigné par le patron, c'est à l'ouvrier que votre réclamation doit s'adresser. L'ouvrier renverra cette réclamation au patron qui, d'après la loi sur les accidents de travail, est responsable de l'accident survenu dans le cours d'un travail ordonné par lui.

Le patron voudra sans doute arguer que vous n'êtes pas son médecin de choix, et alors le procès pourrait bien tourner à votre désavantage, parce que le bon sens n'est pas toujours ce qui dirige ou inspire nos législateurs.

En pareille occurrence, voici ce qu'il convient de faire : Un ouvrier blessé se présente à vous d'urgence pour un grave accident. Comme il faut toujours faire entrer un peu de sacerdoce dans la haute profession de médecin, vous devez lui donner vos *premiers* soins, sans même vous préoccuper de la question des honoraires Vous le devez, parce que l'humanité le commande, et que les principes d'humanité sont au-dessus de toute considération. Mais, après les premiers soins, après l'accomplissement du devoir d'humanité, vous devez en informer le patron responsable, et obtenir de lui une réponse *écrite* constatant les premiers soins donnés et vous demandant de les continuer. Dans ces conditions, les contestations ne sont plus possibles.

Car, il importe que le médecin prenne toutes ses précautions au sujet d'une loi où l'on s'est préoccupé, sans doute avec juste raison, de la victime toujours intéressante des accidents de travail, mais où l'on n'a eu cure d'une autre victime, le médecin. Celui-ci dépense trop souvent son dévouement pour les patrons qui s'abritent derrière de riches compagnies d'assurances, et pour ces compagnies d'assurances qui s'abritent derrière une loi mal faite, comme tant d'autres, hélas !

La loi est mal faite. A qui la faute ?

Sans doute à ceux qui légifèrent sans souci de la justice, avec le seul souci d'une détestable populacerie... ; peut-être beaucoup à vous, mes chers confrères, qui ne savez pas toujours user de votre grande influence dans les campagnes (où l'on a besoin de vous, ne l'oubliez pas !) pour empêcher l'avènement de gens incapables, c'est-à-dire capables de rien et capables de tout... .

En un mot, pour le cas particulier au sujet duquel on me demande un avis, voici, encore une fois, ma réponse.

Si, après avoir donné au malheureux ouvrier les premiers soins que le sentiment d'humanité commandait, vous n'avez pas pris les précautions indiquées plus haut, ne vous lancez dans un procès que si vous êtes sûr de le gagner. Et encore, en est on jamais sûr, avec des patrons qui s'efforcent d'éluder la loi, avec de riches et puissantes compagnies d'assurances qui n'assurent que leurs intérêts, avec d'habiles avocats qui ne cherchent qu'une chose : tourner et vicier les lois, déjà viciées par des législateurs que l'Europe ne nous envie pas ? — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Des sténoses sous-glottiques et de leur traitement

Par M. BOULAY, *ancien interne des hôpitaux*

La région sous-glottique du larynx, limitée en haut par le bord libre des cordes vocales, en bas par le bord inférieur du cartilage cricoïde, présente des particularités anatomiques, physiologiques et pathologiques qui ont attiré depuis quelques années l'attention des laryngologistes (1) et qu'on peut résumer dans les termes suivants.

Au point de vue *anatomique*, la région sous-glottique du larynx se distingue par la présence d'une couche celluleuse sous-muqueuse très lâche et d'un réseau lymphatique extrêmement riche. Cette couche celluleuse, mince dans le quart inférieur de la région, où la muqueuse se moule sur le squelette rigide du larynx, c'est-à-dire sur l'anneau cricoïdien, s'épaissit dans les trois quarts supérieurs, où elle forme un véritable matelas séparant la muqueuse de la membrane élastique sous-jacente (cône élastique du larynx). Elle est constituée par un tissu conjonctif très lâche et très vasculaire qui permet de décoller aisément la muqueuse par dissection, et qui se prête admirablement aux expériences d'infiltration et d'œdème artificiel par injections.

La laxité de cette couche conjonctive rend possibles des mouvements de glissement très étendus de la muqueuse sur les plans sous-jacents, et c'est à cette mobilité que sont dus les changements de forme et de capacité *physiologiques* de la région. On sait en effet que, malgré la rigidité de son squelette, la région hypoglottique présente dans la respiration et dans la phonation des variations de forme et de volume en rapport avec les mouvements des cordes vocales et qui la font passer alternativement de la forme cylindrique à la forme conique. Il y a donc, à ce point de vue, un contraste entre les portions sus- et sous-cordales du larynx ; tandis que la région sus-glottique doit ses changements d'aspect surtout à la mobilité de son squelette cartilagineux (aryténoïdes, épiglotte), la région sous-glottique les doit presque exclusivement aux déplacements de sa muqueuse.

Comme celle de la région vestibulaire, et à un degré peut-être encore plus marqué, la muqueuse de la région sous-glottique présente une sensibilité exquise se traduisant par un spasme réflexe des muscles constricteurs du larynx : les expériences physiologiques montrent que le moindre attouchement de la région sous-cordale provoque une occlusion instantanée de la glotte.

Ces propriétés anatomiques et physiologiques rendent compte des réactions *pathologiques* dont la portion sous-glottique du larynx est le siège : 1° la richesse du réseau lymphatique, encore plus serré ici que dans le reste du larynx, explique la facilité des infections de la région ; 2° l'épaisseur et la laxité du tissu conjonctif sous-muqueux prédisposent aux infiltrations rapides et persistantes ; 3° en raison de la sensibilité exquise de la muqueuse, la moindre lésion, inflammatoire ou ulcéreuse, éveille ou entretient du spasme glottique.

Ce mode de réaction particulier aux causes d'irritation et d'inflammation constitue à la région cricoïdienne une véritable individualité pathologique. La prédisposition à l'infiltration du tissu sous-muqueux doit surtout être mise en évidence, car elle représente une particularité clinique tout à fait distinctive. La tendance à la sténose tient en effet la première place dans l'histoire des lésions sous-glottiques et constitue leur caractère dominant : aussi n'est-il pas surprenant que la région hypoglottique soit le lieu d'élection des sténoses, aiguës ou chroniques, du larynx.

ETIOLOGIE. — On peut distinguer au point de vue étiologique deux variétés de rétrécissements sous-glottiques : les rétrécissements congénitaux et les rétrécissements acquis.

A. — Les rétrécissements par *vice de conformation*, qui se présentent le plus souvent sous forme de diaphragme membraneux incomplet, ne nous occuperont pas particulièrement, car ils sont tout à fait exceptionnels ; leur traitement est d'ailleurs identique à celui des sténoses membraneuses pathologiques que nous étudierons plus loin.

B. — Les rétrécissements *acquis* sont aigus ou chroniques.

1° *Sténoses aiguës*. — Deux affections, la diphtérie et la laryngite aiguë des enfants, sont la cause la plus habituelle des sténoses sous-glottiques aiguës.

Dans la *diphtérie* laryngée la région sous-glottique est presque toujours le siège d'une vive réaction se traduisant par une tuméfaction plus ou moins marquée de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Or cette tuméfaction joue certainement un rôle dans la production de la gêne respiratoire, attribuée jusqu'ici exclusivement aux fausses membranes et au spasme glottique. Depuis longtemps on a remarqué que les fausses membranes sont relativement peu obstruantes,

(1) MASSE. La région sous-glottique du larynx (*Ann. des mal. de l'oreille*. etc. 1887, p. 487).

CASTEX. Sur la région sous-glottique (*Bulletins et Mém. de la Société franç. d'Otologie*, etc. Vol. XVI. 1898, p. 184).

FORTUNET. Des affections de la région sous-glottique du larynx (*Thèse de Paris*. 1899).

Digitized by Google

et d'ailleurs ne sait-on pas, ainsi que nous allons le voir, que certaines laryngites aiguës de l'enfance, sans production de fausses membranes, simulent le croup à s'y méprendre. Quant au spasme glottique, dont l'intervention n'est pas douteuse, s'il explique fort bien la dyspnée paroxystique, il rend moins bien compte de la dyspnée continue. Il semble donc qu'à côté du spasme, il faille faire une part notable au gonflement de la muqueuse sous-glottique dans la production du tirage.

Dans bien des cas, en effet, la région sous-glottique est considérablement rétrécie par l'infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse, en l'absence de fausse membrane dans cette partie du larynx : j'ai plusieurs fois constaté le fait au laryngoscope. O'Dwyer l'a signalé dans son travail sur l'intubation prolongée, et Benda l'a démontré par des preuves nécroscopiques : il a vu, dans certains cas de croup, la lumière de la région cricoïdienne réduite à un diamètre de quelques millimètres par le fait d'un simple œdème, sans exsudat à la surface de la muqueuse (1). Si cet œdème ou cette infiltration échappe le plus souvent à l'observation, c'est que les méthodes habituelles d'examen nécroscopique du larynx sont défectueuses. En effet, lorsqu'on fend longitudinalement le larynx, comme on le fait généralement, et qu'on l'ouvre en distendant ou rompant ses cartilages, on obtient une bonne vue d'ensemble de sa surface interne, mais les modifications de la lumière du conduit produites par la tuméfaction de ses parois ne sont guère appréciables, surtout si elles sont légères.

Pour juger du degré de perméabilité d'un larynx, il est de toute nécessité d'en faire des coupes transversales après fixation dans l'acide nitrique à 1/10 (pendant 24 heures) et durcissement dans le liquide de Müller (séjour de 48 heures), suivis d'un lavage à l'eau pendant plusieurs jours. Par ce procédé les tuméfactions, même purement œdémateuses, de la muqueuse se trouvent fixées dans leur forme et leur siège et peuvent être facilement étudiées. Grâce à lui, on peut se convaincre que dans un certain nombre, tout au moins, de cas de croup, la région sous-glottique est le siège d'une réaction inflammatoire intense et d'une sténose plus ou moins marquée.

En dehors de la diphtérie on observe chez l'enfant des *laryngites aiguës*, banales par leur étiologie, qui est presque toujours un refroidissement (?), mais se distinguant par leurs symptômes alarmants. Elles appartiennent à deux types principaux : le type *spasmodique*, qui répond à la vulgaire laryngite striduleuse, et le type *sténosant* qui constitue la laryngite sous-glottique aiguë proprement dite. Tandis que dans la laryngite striduleuse les crises dyspnéiques, lorsqu'elles se répètent, sont séparées par des périodes de calme, dans la laryngite hypoglottique sténosante, il s'établit entre les paroxysmes dyspnéiques un tirage continu qui simule de tous points celui du croup et nécessite parfois, comme celui-ci, le tubage ou la trachéotomie, sans qu'il y ait dans le larynx la moindre fausse membrane.

Ici encore il s'agit d'une réaction inflammatoire de la muqueuse sous-glottique : relativement légère en cas de laryngite striduleuse, où elle passerait sans doute inaperçue, si, en raison de la sensibilité particulière de la région, elle n'éveillait un réflexe spasmodique des constricteurs, elle présente en cas de laryngite sténosante une intensité beaucoup plus marquée qui se traduit par l'œdème de la sous-muqueuse, et parfois même par un abcès (laryngite sous-muqueuse) : de là une tuméfaction, un épaississement des parois molles de toute la région sous-cordale qui se traduit au laryngoscope par l'existence au dessous de chaque corde vocale d'un bourrelet rouge et tendu rétrécissant d'un tiers, de moitié ou de plus encore la lumière du larynx. C'est à cette sténose de la région cricoïdienne qu'est dû le tirage permanent des petits malades.

D'ailleurs, bien que plus fréquente dans l'enfance, cette affection n'est pas absolument particulière à cet âge ; on l'a observée avec les mêmes caractères chez l'adulte.

Cette variété de laryngite est le plus souvent primitive, mais il est un certain nombre de maladies infectieuses qui y prédisposent : telles sont en particuliers la *rougeole* et la *fièvre typhoïde*.

Plus rarement la sténose sous-glottique aiguë est provoquée par un *traumatisme* local : c'est ainsi qu'on a vu le simple passage d'un corps étranger provoquer instantanément une tuméfaction sténosante de la région, ce qui montre une fois de plus la grande facilité avec laquelle prend naissance l'œdème réactionnel en ce point.

2° *Sténoses chroniques*. — Dans les affections précédentes l'infiltration est d'ordinaire fugace ; elle naît rapidement, parfois instantanément, et disparaît de même ; mais il n'en est pas forcément toujours ainsi. Parfois, elle est fort longue à disparaître et survit plus ou moins longtemps à la cause qui l'a engendrée. Elle peut même passer à l'état chronique et persister indéfiniment ; la chronicité s'établit :

a) Tantôt spontanément, ou du moins sans qu'on en trouve la cause ;

b) Tantôt consécutivement à une érosion ou à une ulcération de la muqueuse infiltrée, qui devient l'origine d'une infection secondaire avec ou sans péri-

(1) C. Benda. Die anatom. Untersuch. der Kehlkopfes bei Larynxtenosen (*Arch. f. Laryngol.* Bd. V 1896, S. 228

Digitized by Google

chondrite, ou d'une cicatrice avec soudure des deux parois opposées du larynx. Cette plaie de la muqueuse peut se faire de dedans en dehors par le fait de l'ouverture dans la lumière du larynx d'un abcès sous-muqueux ou périchondritique, ou bien de dehors en dedans sous l'influence d'un traumatisme (tubage).

Ces sténoses durables peuvent d'ailleurs être chroniques d'emblée. C'est ainsi qu'il existe une *laryngite hypoglottique chronique d'emblée* de cause indéterminée, mais que quelques auteurs rapprochent du sclérome. C'est ainsi également que la *lèpre*, la *tuberculose*, la *syphilis* peuvent se localiser dans la région sous-glottique et y provoquer soit des infiltrations, soit des cicatrices plus ou moins sténosantes. Parfois, enfin, c'est un traumatisme opératoire tel qu'une *cricotomie* (crico-trachéotomie, ou crico-thyrotomie) qui devient le point de départ d'un rétrécissement cicatriciel persistant.

Depuis quelques années, l'attention a été particulièrement attirée sur les rétrécissements laryngés observés chez des enfants ayant subi antérieurement une ou plusieurs *intubations* pour des accidents de dyspnée laryngée. Ces rétrécissements sont parfois fort serrés. Très difficiles et très longs à traiter dans la plupart des cas, ils constituent pour certains médecins un point noir dans la pratique de l'intubation, et pour d'autres une véritable contre-indication à l'emploi de la méthode. C'est à cette variété qu'appartiennent presque tous les rétrécissements sous-glottiques observés actuellement chez les enfants, et cela se conçoit aisément; car, quelle que soit la nature de la lésion initiale, ces sténoses débutent presque toujours par une phase aiguë qui, selon les idées actuelles, est justiciable du tubage. Aussi y a-t-il intérêt à les prendre pour type d'étude; le traitement qui leur est applicable convient d'ailleurs à la plupart des autres variétés de sténoses.

Signes et diagnostic. — L'affection se présente dans les conditions suivantes. Un enfant atteint de dyspnée laryngée intense avec tirage continu et commencement d'asphyxie est tubé. Le tube est mis en place sans difficulté appréciable et le malade est immédiatement soulagé.

Pendant un jour, deux jours, tout se passe normalement; mais lorsqu'au bout de ce temps l'enfant est détubé, il est repris soit immédiatement, soit au bout de quelques heures de dyspnée et de tirage ; on doit faire en toute hâte une nouvelle intubation. A la tentative suivante de détubage les mêmes accidents se reproduisent : en même temps l'enfant tolère de moins en moins la présence du tube ; il le rejette spontanément ; et, comme les phénomènes asphyxiques se manifestent avec de plus en plus de rapidité à chaque nouvelle extubation, c'est une surveillance de tous les instants à laquelle on est obligé de le soumettre. Cinq, six, huit jours se passent ainsi, pendant lesquels on est forcé de remettre le tube en place huit, dix, douze fois. Devant le danger d'une asphyxie rapide ne donnant pas le temps d'intervenir, lors d'une nouvelle extubation spontanée ou provoquée, on se décide à faire la trachéotomie. Nouveau soulagement de l'enfant : plus de dyspnée, plus de tirage. Mais la série des mêmes phénomènes que nous avons vus se manifester lors des tentatives de détubage, va se produire à chaque essai de décanulement. Dès que, la canule étant retirée, l'orifice cervical se resserre, la dyspnée reparaît et l'enfant se cyanose Si l'on substitue à la canule ordinaire une canule fenêtrée sur sa convexité, et si l'on en bouche l'entrée avec le doigt, l'enfant asphyxie encore malgré l'existence de l'orifice supérieur qui devrait permettre à l'air de passer directement du larynx dans la canule : si, dans ces conditions, il peut émettre un son vocal, c'est un son faible et rauque ; mais bien souvent l'émission d'un son même faible est impossible, et l'enfant est complètement aphone.

A ces signe, on ne saurait méconnaître l'existence d'un obstacle laryngé. Quel est le siège exact de cet obstacle? L'examen laryngoscopique, lorsqu'il est possible, permet de le préciser. Il convient de distinguer trois cas, selon la facilité qu'on trouve à examiner le larynx du petit malade.

a) — Il y a toujours, ou du moins presque toujours, une partie du larynx qu'on arrive à voir dans le miroir, c'est la *région sus-glottique*. On constate alors que l'épiglotte, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires sont saines, ou présentent tout au plus une rougeur anormale attribuable soit à l'affection inflammatoire primitive, soit aux tubages antérieurs. Dans bien des cas, surtout chez les jeunes enfants, ce sont les seules parties accessibles à la vue, le petit malade fermant sa glotte par une sorte de réflexe défensif. Dans ces conditions le siège de la sténose reste incertain ; on sait cependant, le vestibule étant libre, qu'elle ne peut occuper que la glotte ou la région sous-glottique.

b) — Les *cordes vocales* sont visibles. Elles ne le sont, le plus souvent, que pendant un court instant, au moment où l'enfant fait un effort pour inspirer ou pour crier ; il faut saisir cet instant pour embrasser d'un coup d'œil les deux cordes vocales : celles-ci peuvent être roses et peu mobiles, mais à part ces légères modifications, elles ont une apparence normale. Le regard ne pénètre-t-il pas au-dessous de la glotte, les constatations précédentes permettent cependant de diagnostiquer par exclusion une sténose sous-glottique.

c) — Mais chez un certain nombre de malades cette sténose peut être constatée de visu : il faut, pour

Digitized by Google

cela, que la lumière de la région sous-cordale ne soit pas extrêmement rétrécie et que la sténose permette encore des efforts inspiratoires efficaces, et par conséquent un écartement suffisant des lèvres de la glotte. Par contre, cette vue est le plus souvent très difficile ou même impossible en cas d'obstruction totale, car dans ces conditions la glotte reste presque constamment fermée.

Dans les cas favorables, le regard pénètre suffisamment loin au-dessous des cordes pour qu'on constate l'aspect des parties sténosées. Cet aspect répond à l'un des trois types suivants :

1° *Infiltration*. L'aspect rappelle celui de la laryngite sous-glottique aiguë : au-dessous des cordes vocales deux bourrelets symétriques parallèles à ces dernières, rouges et tendus, s'avançant plus ou moins vers l'axe du conduit laryngé et laissant entre eux une fente antéro-postérieure plus ou moins étroite, à bords réguliers. Cet aspect typique présente d'ailleurs de nombreuses modifications : la fente se trouve souvent raccourcie par l'existence, en avant ou en arrière, d'un petit bourrelet transversal constitué par la muqueuse tuméfiée de la paroi antérieure ou de la paroi postérieure ; d'autres fois les deux bourrelets sont asymétriques, l'un d'eux étant plus volumineux et plus saillant que l'autre, la lumière du larynx ne se trouve plus alors tout à fait au centre du canal, elle est reportée quelque peu latéralement.

Dans tous ces cas, la muqueuse qui revêt les parties infiltrées ne présente ni érosion ni ulcération ; elle est lisse, non bourgeonnante; seule sa teinte un peu plus rouge que d'ordinaire la différencie de la muqueuse normale.

2° *Cicatrice*. Ici la région sous-glottique est comblée par un tissu gris rosé qui tantôt ferme complètement le larynx, tantôt laisse un passage plus ou moins étroit à l'air par un orifice de forme irrégulière, à bords rigides, parfois ulcérés et bourgeonnants : c'est soit une fente à direction indifféremment antéro-postérieure, oblique ou transversale, plus ou moins sinueuse, de diamètre variable selon les points, soit un orifice ovoïde ou polygonal creusé au fond d'un entonnoir plus ou moins profond. La fente ou l'orifice est rarement central ; il se trouve le plus souvent reporté soit latéralement soit en avant ou en arrière.

La distinction entre une sténose par infiltration et un rétrécissement cicatriciel, facile à saisir dans les cas typiques peut, dans d'autres cas, être très malaisée à établir par le seul examen laryngoscopique. L'exploration à la sonde, dont nous parlerons plus loin, peut alors aider dans une certaine mesure au diagnostic différentiel.

3° *Membrane*. C'est la forme la plus rare ; elle n'est cependant qu'une variété de rétrécissement cicatriciel. Le larynx est fermé au-dessous des cordes vocales par une cloison transversale percée d'un orifice plus ou moins arrondi. La nature membraneuse du rétrécissement se reconnaît : *a)* à la minceur des bords de l'orifice ; *b)* à l'aspect uni et lisse du diaphragme obturateur ; *c)* parfois à la mobilité de ce dernier qui peut être animé de légers mouvements d'abaissement et d'élévation pendant l'entrée et la sortie de l'air.

Dans des cas particulièrement favorables, c'est-à-dire dans ceux où l'orifice trachéal est large et la sténose très bas située, on peut à l'aide d'un petit miroir introduit dans la trachée, examiner la région cricoïdienne de bas en haut ; cette exploration confirme alors les données de la laryngoscopie. Mais il faut savoir qu'elle échoue le plus souvent.

Les résultats incertains de la laryngoscopie chez bon nombre d'enfants indociles et d'autant plus difficiles à examiner au miroir qu'ils respirent moins facilement par le larynx, laissent parfois planer un doute sur l'existence d'un rétrécissement.

Il est heureusement un moyen, applicable même aux enfants indociles, de confirmer le diagnostic lorsqu'il reste douteux : c'est le *cathétérisme*. L'introduction successive de sondes de calibre différent dans le larynx, d'après la méthode qui sera décrite plus loin, permet de reconnaître à coup sûr l'existence et le diamètre d'un rétrécissement.

En cas d'insuccès de la laryngoscopie, il permet d'éliminer l'hypothèse des affections suivantes susceptibles de s'accompagner d'une symptomatologie analogue à celle des rétrécissements laryngés :

a) Le *spasme de la glotte*, si fréquent dans les diverses laryngites de l'enfance, mais cependant difficile à confondre cliniquement, en raison de l'intermittence de ses manifestations, avec les troubles continus provoqués par un rétrécissement permanent ;

b) La *paralysie des dilatateurs de la glotte*, qui peut s'observer à la suite de la diphtérie, mais à titre exceptionnel, et chez l'adulte, plutôt que chez l'enfant. Les symptômes fonctionnels en sont presque identiques à ceux des rétrécissements, et, de fait, il s'agit bien ici d'une sténose permanente ; son siège seul diffère puisqu'il est glottique et non sous-glottique, mais cette sténose ne s'oppose nullement au passage des sondes même les plus volumineuses ;

c) Le développement de volumineux *bourgeons charnus* dans l'angle supérieur de la plaie trachéale où ils obstruent le segment supérieur de la trachée . après avoir franchi librement le larynx, la sonde refoule ces bourgeons vers l'orifice cervical où ils deviennent aisément visibles ;

d) L'existence d'un *polype sous-glottique* qui peut avoir été la cause provocatrice des accès de suffocation pour lesquels l'enfant a été tubé, et entretenir

Digitized by Google

maintenant une dyspnée permanente. Ici encore le polype est rarement assez volumineux ou de consistance assez ferme pour mettre obstacle au passage du cathéter. Si toutefois le fait se produisait, l'erreur ne pourrait être redressée que par l'examen laryngoscopique : ces polypes, qui, chez l'enfant appartiennent au type papillomateux, sont le plus souvent multiples ; l'existence d'un petit papillome à l'entrée du larynx mettrait sur la voie du diagnostic.

e) La présence d'un *corps étranger* dans la région sous-glottique : le cathéter refoulerait le corps étranger par en bas et le ferait tomber dans la canule. Le fait suivant est instructif à cet égard :

Un enfant de 18 mois avale un fragment de bouchon de liège ; il est pris d'accès de suffocation si répétés et si violents qu'on le tube ; pas de soulagement notable. On pratique la trachéotomie : la respiration redevient calme, sans cependant que, contre toute attente, aucun corps étranger ait été rejeté. Quand, au bout de quelques jours, on veut décanuler l'enfant, une dyspnée violente reparaît et l'on doit replacer la canule en toute hâte. L'examen laryngoscopique, très difficile, ne permet de voir que la région sus-glottique qui est libre de corps étranger. Il est vraisemblable que celui-ci, s'il a jamais existé, a été rejeté par la plaie trachéale sans qu'on s'en soit aperçu, et qu'il s'agit actuellement d'une sténose sous-glottique soit primitive et spontanée, soit provoquée par le passage du corps étranger, ou par le séjour du tube. Pour confirmer le diagnostic, je pratique le cathétérisme : les petites sondes passent aisément, les sondes de grosseur moyenne entrent à frottement, une sonde de numéro supérieur fait descendre dans la fenêtre de la canule à cathétérisme un fragment de liège relativement volumineux qui était enclavé dans la région cricoïdienne depuis près d'un mois : le diagnostic est fait et l'enfant guérit sans rétrécissement.

Quelle est la PATHOGÉNIE de ces rétrécissements ? Comme ils s'observent d'ordinaire chez des enfants ayant été antérieurement intubés, il est assez naturel qu'on incrimine le tubage. Et de fait, bien que le vieil adage *post hoc, ergo propter hoc* soit souvent en défaut, il semble bien que, dans le cas présent, on n'ait pas tout à fait tort de l'appliquer.

Notons toutefois : 1° que les laryngites aiguës suffocantes étant aujourd'hui presque toujours traitées par le tubage, c'est forcément chez des enfants préalablement intubés qu'on observera les sténoses auxquelles ces laryngites auraient peut-être donné naissance, même en l'absence du tubage ; 2° que, pour incriminer en toute justice le tubage, il faudrait établir que ces rétrécissements se produisent exclusivement chez des malades antérieurement intubés Or cette condition n'est pas réalisée. Sans être très communs, les exemples ne sont cependant pas exceptionnels de rétrécissements sous-glottiques constitués spontanément, à la suite d'affections aiguës du larynx non traitées par l'intubation. On peut citer au hasard ceux de Donaldson (Assoc. laryngol. americ., Washington, 18 au 19 sept. 1889, *in* « *Medic. Record* », 22 septembre 1888 : sténose sous-glottique consécutive à une laryngite a frigore); de Thost (Soc. méd. de Hambourg, in « *Münch. med. Wochenschrift* », 8 juillet 1890 : sténose laryngée chez un enfant de 7 ans, trachéotomisé pour diphtérie depuis deux ans); de Schroetter (*Leçons sur les maladies du lar.*, etc., 28e leçon, Vienne, 1891 . rétrécissement sous-glottique infranchissable chez un trachéotomisé); de Massei (*Archiv. ital. de laringolog.*, anno XII, fasc. 2, p. 61, avril 1892 : sténose progressive consécutive à une laryngite suffocante aiguë survenue à l'âge de 14 ans) ; de Neumann (Soc. des oto-laryngol. hongrois, séance du 25 oct. 1894 : sténose sous-glottique infundibuliforme chez un enfant de 12 ans qui dut être trachéotomisé) ; d'O'Dwyer (*Journ. de cliniq. et de thérap. infant.*, 22 juillet 1897 : adhérence des cordes vocales et de tous les tissus sous-glottiques chez un enfant de 8 ans, trachéotomisé depuis près d'un an pour diphtérie) ; d'Ebstein (Société viennoise de laryngol., séance du 2 juin 1898, in. *Ann. des mal. de l'oreille,* 1898, t. 2, p. 345 : oblitération totale de la région cricoïdienne chez un malade trachéotémisé pour croup 18 ans auparavant) ; de Kümmel (*Arch. f. Laryngol. u, Rhinol.*, t. IV, p. 91, 1896 : sténose cicatricielle postdiphtérique chez un enfant de 5 ans trachéotomisé) ; de Boulay et Boulai (*Compte-rendu du XIIIe Congr. internat. de médec.*, Paris, 1900, sect. de laryngol. p. 54 : rétrécissement laryngé chez un jeune homme de 17 ans trachéotomisé depuis l'âge de 3 ans).

Le tubage n'est donc pas la cause exclusive des rétrécissements sous-glottiques observés à la suite des laryngites suffocantes. Il n'en est pas moins vrai que ces sténoses semblent s'observer un peu plus fréquemment depuis l'entrée du tubage dans la pratique médicale. Leur nombre est d'ailleurs restreint : ayant eu l'occasion d'observer et d'étudier tous les cas de sténose sous-glottique persistante qui se sont produits dans les deux principaux services de diphtérie de Paris (Trousseau, Enfants-Malades) dans l'espace de sept années, de 1893 à 1900, je n'en ai constaté que 9 cas. C est relativement peu, d'autant plus qu'aujourd'hui nous voyons guérir du croup de nombreux enfants qui seraient morts avant la découverte du sérum : cette moindre léthalité augmente évidemment les chances et le nombre des accidents tardifs constatés (Sevestre).

Le rôle du tube ne me paraît pas le même dans la production des rétrécissements par infiltration et dans celle des sténoses cicatricielles.

Dans les premiers, le rôle joué par l'intubation semble secondaire, accessoire. L'infiltration en effet n'est pas une conséquence du tubage : nous avons vu qu'elle préexiste dans les cas de laryngite sous-glotti-

Digitized by Google

que intense, c'est-à-dire dans ceux qui nécessitent le tubage. On la constate chez des enfants non intubés, et chez ceux que l'on intube, elle préexiste à cette opération. Au moment de sa première introduction, le tube refoule aisément les tissus tuméfiés et congestionnés, mais ceux-ci réagissent à leur tour sur les parois du tube qu'ils viennent presser en tous sens, parfois avec assez de force pour que ces dernières soient obligées de fuir dans la seule direction où elles trouvent une voie d'échappement, c'est-à-dire vers l'orifice supérieur du larynx : de là une cause, mais non sans doute la seule, d'expulsion spontanée du tube. C'est cette cause qui intervient dans les cas ou une série de tubages et de retubages successifs sont suivis de la constitution définitive d'un rétrécissement non cicatriciel : dire que la sténose s'est produite parce qu'on a pratiqué l'intubation à plusieurs reprises ou parce que celle-ci a été prolongée, est inexact ; ce qui est vrai, c'est la proposition inverse : le tube n'a été rejeté et n'a dû être remis en place aussi souvent que parce que le larynx était le siège d'une infiltration, d'une sténose commençante. C'est du moins ainsi que se sont passées les choses chez une fillette dont j'ai rapporté l'histoire au Congrès de Moscou (1). Dès le premier tubage on constata une résistance inaccoutumée dans l'introduction du tube qui semblait ne pas pénétrer verticalement dans le larynx, mais être rejeté légèrement de côté.

Dans la majorité des cas cette infiltration se résout rapidement ; cependant elle ne disparaît que lentement et peut ainsi devenir la cause de décanulements difficiles et retardés chez certains trachéotomisés. Il arrive enfin que, pour des causes mal déterminées, elle persiste encore plus longtemps et passe à l'état chronique : c'est alors qu'elle devient la cause d'une sténose qui n'a rien de cicatriciel, mais qui n'en gêne pas moins la respiration.

Dans ces conditions, le tube peut tout au plus être accusé d'avoir favorisé, par son séjour, le passage à la chronicité, rôle suffisamment malfaisant.

Les méfaits du tube sont plus évidents en cas de sténose cicatricielle. Cette variété de rétrécissement a nettement pour origine une ou plusieurs ulcérations de la région cricoïdienne, ulcérations dites de décubitus, attribuables au séjour du tube. Mais ici encore il faut invoquer la susceptibilité de la région sous-glottique, son mode de réaction particulier aux causes d'irritation, pour expliquer la production du rétrécissement ; car les érosions ou ulcérations produites par le tube en d'autres points du larynx (excoriations vestibulaires d'introduction, fausses routes) ou de la trachée (érosion au niveau de l'extrémité inférieure d'un tube long, traumatisme d'énucléation) guérissent d'ordinaire sans atrésie. Une seule fois j'ai observé une sténose trachéale chez un enfant de 12 ans qui avait été tubé, puis trachéotomisé, pour diphtérie ; il s'agissait d'un rétrécissement concentrique à la hauteur du deuxième ou du troisième anneau ; il existait en ce point un bourrelet muqueux circulaire rouge et tendu qui céda en quelques semaines à la dilatation méthodique par les sondes de Schroetter.

Les conditions qui influent sur la production des ulcérations cricoïdiennes sont les suivantes :

1° En premier lieu, *le degré de l'infiltration sous-glottique*. C'est la pression exercée par les parties infiltrées et tuméfiées sur les parois du tube, ou, inversement, celle qu'exercent les parois du tube sur la muqueuse qui explique la fréquence des ulcérations en ce point. En effet, bien que le diamètre des tubes soit choisi de façon à ce que ceux-ci présentent dans leur portion la plus large des dimensions inférieures de deux à trois millimètres à celles du diamètre de la région cricoïdienne d'un larynx sain, ces rapports sont renversés dès que la lumière de la région sous-glottique est rétrécie par des altérations pathologiques : c'est surtout dans ces cas qu'on observe des lésions de décubitus.

2° *La nature de l'infection* : la muqueuse laryngée semble particulièrement vulnérable dans les laryngites diphtériques et rubéoliques ; les ulcérations sont surtout à craindre lorsque la rougeole ou la scarlatine coexistent avec la diphtérie ; certaines laryngites rubéoliques, en particulier celles qui se développent pendant la convalescence, ont une tendance spontanée à prendre la forme ulcéreuse ; la présence du tube ne peut que favoriser cette tendance.

Cette fréquence des ulcérations dans la diphtérie et la rougeole est peut être plus apparente que réelle. Comme ce sont les deux affections qui nécessitent le plus souvent le tubage, il n'est pas étonnant que ce soit aussi celles où s'observent le plus souvent les ulcérations. Si les neuf malades que j'ai observés dans les hôpitaux sortaient de services de diphtérie, cela ne signifie nullement qu'ils aient eu le croup. Parmi ceux qui étaient atteints d'une laryngosténose cicatricielle, trois avaient eu une laryngite de nature indéterminée, sans rejet de fausses membranes, caractérisée au point de vue microbien, par la présence de nombreux streptocoques et de quelques bacilles courts dont le petit nombre et les caractères indécis laissaient douteuse la question de savoir si l'on avait réellement affaire au croup. Deux autres malades, dont voici l'histoire résumée, n'ont certainement pas eu la diphtérie.

(1) M. Boulay. Des rétrécissements sous-glottiques observés à la suite du tubage (Comptes-rendus du XIIe Congr. Internat. de médec. Moscou, 1897. Vol. III, sect. VI, p. 91).

Digitized by Google

I. — Fillette de 13 ans 1/2, prise, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, de dyspnée, puis d'accès de suffocation et de tirage continu ; pas de fausses membranes dans la gorge, pas de bacilles de Loeffler dans le mucus pharyngé. Deux tubages successifs dans l'espace de 36 heures ; extubation spontanée ; une troisième tentative de tubage provoque l'expectoration d'une cuillerée de pus ; trachéotomie ; décanulement impossible. L'examen laryngoscopique est pratiqué six semaines après la trachéotomie : vestibule et cordes vocales normaux, sauf une vive rougeur ; léger œdème des aryténoïdes ; espace sous-glottique presque totalement comblé par un tissu d'infiltration rouge vif, avec un orifice en entonnoir au centre ; une sonde de quatre millimètres de diamètre franchit péniblement le rétrécissement et refoule dans la canule fenêtrée des bourgeons charnus vraisemblablement implantés au pourtour d'ulcérations sous-glottiques. Diagnostic : laryngite sous-muqueuse ou périchondrite cricoïdienne d'origine typhoïdique.

II. — Garçon de 5 ans, pris subitement de laryngite striduleuse caractérisée par des accès de suffocation séparés par des périodes de calme absolu ; au bout de 36 heures, établissement d'une dyspnée absolue et progressivement croissante. Ni rougeur, ni fausses membranes dans la gorge ; examen bactériologique, fait à deux reprises, négatif ; 80 centimètres cubes de sérum antidiphtérique sont injectés en plusieurs fois sans résultat. Tubage ; rejet spontané du tube à plusieurs reprises ; retubage avec des tubes de plus en plus petits Trachéotomie huit jours après le début des accidents. Apparition de la coqueluche quelques jours plus tard. Décanulement impossible. Examen laryngoscopique pratiqué trois mois après le début de la maladie : vestibule et cordes vocales indemnes ; région sous-cordale inaccessible à la vue ; le cathétérisme du larynx est impossible, même avec la plus petite sonde ; une bougie filiforme introduite de bas en haut par la plaie trachéale est arrêtée dans la région cricoïdienne par un plan résistant. Diagnostic : occlusion sous-glottique complète consécutive à une laryngite sous-glottique aiguë, diagnostic confirmé par la laryngo-fissure.

3° *La durée de l'intubation.* C'est le plus souvent à la suite d'intubations prolongées et répétées que s'observent les rétrécissements. Mais ce n'est pas là une règle absolue. Pour peu que l'infiltration sous-glottique soit marquée, des ulcérations peuvent prendre naissance dès les premiers jours, voire dès les premières heures de l'intubation, si rapidement même qu'on peut se demander si parfois elles ne préexistent pas au tubage. Baudrand a observé des ulcérations sous-glottiques chez un enfant qui était mort après douze heures d'intubation (1).

Inversement le tube peut rester en place pendant des semaines et des mois sans provoquer d'ulcération ni de rétrécissement, dans les cas où les lésions inflammatoires de la région sous-glottique sont peu prononcées ou font défaut. Une fillette de trois ans et demi, observée par Meslay (2), subit, dans l'espace de deux mois, douze tubages et détubages successifs et garda le tube pendant environ six cents heures, soit 25 jours au total, sans qu'à l'autopsie le larynx présentât aucune ulcération. Knight (1), d'autre part, a publié l'observation d'un enfant qui resta tubé pendant trois mois consécutifs sans en éprouver ultérieurement aucun trouble : il s'agissait d'un néoplasme glottique sans phénomènes inflammatoires. De même encore chez un enfant, dont Charmeil a rapporté l'histoire, l'intubation fut prolongée pendant six mois en raison d'une paralysie récurrentielle par compression, sans qu'il se produisît ni œdème ni ulcération dans la région sous-glottique (2).

4° *La substance dont le tube est fait.* Quelques auteurs ont incriminé les tubes métalliques et préfèrent l'emploi de tubes d'ébonite ; un long usage de ces tubes pourrait seul apprendre s'ils donnent moins facilement lieu à la production d'ulcérations et de rétrécissements.

Une ulcération étant produite, quelles conditions influent sur la production d'un rétrécissement cicatriciel ? Car toutes ne donnent pas naissance à une sténose : il semble bien que le plus grand nombre guérissent sans laisser d'atrésie à leur suite. La réponse à la question est assez difficile. Cependant il paraît rationnel de faire jouer encore ici le principal rôle à l'infiltration sous-glottique qui rapproche les parois opposées du larynx et favorise ainsi la production d'adhérences vicieuses entre les surfaces privées d'épithélium.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de ces rétrécissements sous-glottiques est encore à faire. On se contente, la plupart du temps, d'adjoindre à ces sténoses l'épithète de cicatricielles, ce qui sous-entend que les lésions macro- et microscopiques sont celles des cicatrices en général et qu'il s'agit d'une simple lésion de la muqueuse laryngée. C'est une conception en partie erronée.

En l'absence d'examens nécroscopiques, je me base sur plusieurs laryngofissures pour admettre l'existence anatomique de trois catégories de rétrécissements :

1° RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES, dans lesquels les lésions peuvent être :

a) Limitées à la *muqueuse* et à la *sous-muqueuse* (infiltration simple).

b) Etendues au *périchondre* qui est épaissi et est le siège d'une prolifération cellulaire fibro-cartilagineuse rétrécissant concentriquement la lumière du larynx.

(1) BAUDRAND. Contrib. à l'étude des ulcér. laryngées consécut. au tubage (*Thèse de Paris.* 1897, n° 217).

(2) MESLAY. Rev. mensuel. des mal. de l'enfance. 1895, p. 332.

(1) KNIGHT. Assoc. laryngol. américe. Boston, 20 au 22 juin 1892. — Méd. Record, 23 juillet 1892.

(2) CHARMEIL. Bulletin médical du Nord, 1896, n° 20.

Digitized by Google

c) Etendues au *cartilage* lui-même qui présente des signes d'inflammation chronique (épaississement ossification, calcification). Dans ce dernier cas, il semble qu'il s'agisse d'une véritable maladie primitive du cricoïde, d'une sorte de *cricoïdite oblitérante*. Chez l'enfant de 5 ans, dont j'ai esquissé plus haut l'histoire, la partie antérieure de l'anneau cricoïdien, doublée d'épaisseur, était si résistante qu'il me fut impossible de la sectionner au bistouri, malgré les plus grands efforts : je dus employer des ciseaux sur les branches desquels j'exerçai une forte pesée.

Cette variété de rétrécissement occupe d'ordinaire toute la hauteur de la région cricoïdienne ; ils peuvent même empiéter sur la partie adjacente de la trachée.

2° Rétrécissements cicatriciels. — Ils portent exclusivement sur les tissus mous et présentent les caractères communs des sténoses de cette nature.

Leur étendue en hauteur est très variable ; ils peuvent être circonscrits et se présenter sous l'aspect membraneux.

3° Rétrécissements mixtes, participant à la fois des caractères des deux variétés précédentes : cicatrice sur des tissus profondément infiltrés.

(*A suivre*).

Formulaire du Praticien

Emploi de l'huile de cade dans la séborrhée.

Contre la séborrhée vraie, fluente, et non desquamative, il y a très peu de médicaments actifs. M. Sabouraud en indique trois qui attaquent la séborrhée en sa lésion élémentaire, le cocon microbien : ce sont, par ordre de valeur, le soufre et ses composés; en second lieu, le goudron et les dérivés pyrogénés; en troisième lieu, les mercuriaux.

Le véritable goudron de la pratique dermatologique est l'huile de cade, qui serait un médicament sans rival, n'était son odeur empyreumatique et pénétrante. Voici, d'après M. Sabouraud (*Séborrhées, acnés et calvities*, 1 vol., chez Masson, 1901), ce qu'il faut penser de l'huile de cade, et la manière de l'administrer. L'huile de cade semble agir utilement sur le cheveu et le cuir chevelu, autant que sur leurs états morbides. Des cheveux et un cuir chevelu, même sains, bénéficient encore d'applications cadiques. Les glycérolés cadiques, de Vidal, dont voici la formule :

Huile de cade	50 grammes
Savon noir	5 —
Glycéré d'amidon	50 —

ont beaucoup plus de valeur dans les affections squameuses des régions glabres que dans celles des régions pilaires, parce que la glycérine ne peut se nettoyer qu'à l'eau savonneuse. Il faut préférer les pommades vraies qu'on nettoie avec des éthers ou des benzines. L'huile de cade s'incorpore à la vaseline ordinaire :

Huile de cade	4 grammes
Vaseline	30 —

mais en plus grande quantité à la vaseline jaune ou à la lanoline :

Huile de cade	10 grammes
Vaseline jaune	30 —
Huile de cade Lanoline	ãã 15 grammes

On peut l'incorporer au beurre de cacao et à la vaseline, ou à l'axonge :

Huile de cade Beurre de cacao Vaseline	ãã 10 grammes

Cette dernière masse peut supporter toutes les adjonctions médicamenteuses (acide salicylique, pyrogallique, mercuriaux, résorcine, essences). Voici un exemple de ces formules :

Huile de cade Beurre de cacao	ãã 15 grammes.
Axonge benzoïnée	10 —
Bioxyde jaune Acide pyrogallique	ãã 1 —

On peut encore utiliser l'huile de cade en émulsions, comme le coaltar saponiné. L'émulsion suivante peut être avantageusement conseillée :

Huile de cade	100 grammes
Décoction de quillaya	30 —
Jaune d'œuf n° 1	
Eau distillée Q. S. pour faire	250 —

Une cuillerée à soupe de cette émulsion dans un litre d'eau, en fait une lotion aqueuse très utile dans les séborrhées légères, accompagnées de pityriasis.

Les poix de cade sont moins odorantes que l'huile de cade, un peu moins actives, mais encore très actives ; leur incorporation aux pommades est plus difficile, et constitue des pommades plus poisseuses :

Poix de cade (de Cavaillès)	10 grammes
Vaseline blanche	30 —

L'essence de verveine et celle de mélisse semblent celles qu'il faut choisir pour atténuer l'odeur des goudrons de cade.

L'huile de cade, traitée par la potasse, fournit une poix très peu odorante, qui est devenue d'un usage courant. — Sr.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE INFANTILE

Les vomissements avec acétonémie chez les enfants. — M. Marfan vient de décrire comme primitive et autonome, une affection aiguë des enfants, caractérisée exclusivement par des vomissements et de l'acétonémie (*Archives de médecine des enfants*, nov. 1901).

C'est peut-être la même affection qui a été décrite sous le nom de vomissements cycliques ou périodiques.

Les vomissements avec acétonémie ne se rencontrent guère que de un à dix ans; très rares chez les malades d'hôpital, ils s'observent presque exclusivement dans la pratique de la ville.

Ils apparaissent en pleine santé. Les sujets éprouvent d'abord de la lassitude, de la tristesse, de la céphalée; l'appétit diminue. Quelques heures après surviennent les vomissements accompagnés ou précédés d'une haleine acétonémique très pénétrante; dès lors, les vomissements ne cessent plus; tout ce que le malade ingère, même l'eau pure, est rejeté presque de suite. Les vomissements sont d abord alimentaires, puis muqueux; l'état nauséeux est permanent.

L'haleine exhale si fortement l'odeur d'acétone (*odeur de chloroforme un peu aigrelette*), qu'on s'en aperçoit quelquefois en entrant dans la chambre du malade. L'urine fraîchement émise a parfois une odeur identique, mais beaucoup plus faible. La réaction de Lieben (en traitant par l'iode ioduré et la potasse le produit de distillation de l'urine, on obtient de l'iodoforme) y démontre la présence d'acétone à des doses variant de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par litre. La réaction de Gerhardt est inconstante; au début, l'appétit n'est pas entièrement supprimé et la soif est très vive; plus tard les enfants refusent tout aliment solide ou liquide, par crainte de vomir. La langue se dessèche et se dépouille après deux ou trois jours. Le foie est quelquefois hypertrophié. Il y a tendance à la constipation.

La température rectale oscille entre 37° et 38°. Le pouls est normal au début, mais il devient très faible quand la maladie a duré deux ou trois jours. Sauf un peu d'abattement, il n'y a pas de troubles nerveux. Cependant la respiration est souvent irrégulière, entrecoupée de grands soupirs, ralentie.

Dans un cas, la maladie s'est compliquée d'érythème morbilliforme.

Après deux ou trois jours, l'amaigrissement commence, le facies prend un peu le type cholériforme; la faiblesse devient extrême.

La maladie dure en moyenne cinq ou six jours; cela varie de trois à quatorze. Elle est parfois coupée d'une période de remission de plusieurs heures. La guérison est en général brusque, presque instantanée. L'enfant qui, quelques instants auparavant, vomissait tout, devient tout d'un coup capable de garder et de digérer des aliments; l'odeur acétonique de l'haleine disparaît en général simultanément. L'aciionurée disparaît plus lentement. La convalescence est très rapide; en deux ou trois jours, l'enfant a repris sa vie habituelle. L'affection est sujette à récidive, à des intervalles éloignés de plusieurs mois au moins. Elle guérit habituellement. Quelquefois elle atteint en même temps plusieurs enfants de la même famille.

Les vomissements acétonémiques surviennent entre un et douze ans, chez des enfants de la ville, soumis à une alimentation non exclusivement lactée, présentant ordinairement des signes de neuro-arthritisme, mais d'une bonne santé habituelle, et ne souffrant pas de troubles digestifs.

Presque tous les auteurs admettent aujourd'hui que l'acétone provient de la désintégration des tissus, passe dans le sang, et s'élimine ensuite par les émonctions, particulièrement par les reins et les voies respiratoires. Chez les sujets déjà acétonémiques, un régime carné et un régime gras augmentent l'acétonémie, tandis qu'un régime surtout hydrocarboné la fait diminuer ou disparaître.

Considérée en elle-même, l'acétonémie n'a pas de signification précise; elle est l'indice d'un trouble de la nutrition qui peut se produire dans des circonstances différentes; à cet égard elle est comparable à la glycosurie.

Dans l'affection décrite par M. Marfan, l'acétonémie précède les vomissements; l'affection ne résulte donc point d'un trouble gastrique, mais d'une intoxication de cause et de nature inconnues.

Cette affection présente des rapports avec les vomissements cycliques décrits chez les enfants par Whitney, Griffith, Comby, etc.; il est probable même qu'il s'agit d'un seul et même syndrome.

Les caractères que nous avons indiqués, permettent de distinguer les vomissements acétonémiques de l'acétonémie diabétique, de l'acétonémie liée aux troubles gastri-intestinaux, de la méningite tuberculeuse, avec lesquels on pourrait établir une confusion.

Le traitement consiste dans l'établissement d'un

Digitized by Google

régime : pour seuls aliments, de l'eau sucrée ou du lait coupé avec moitié d'eau, ces liquides ayant séjourné au préalable dans la glace ; une cuillerée à dessert toutes les heures environ. Dès que les vomissements diminuent, on donne le lait moins dilué en plus grande quantité, toujours glacé. Quand ils ont cessé, on donne pendant un jour du lait pur, et le lendemain, on permet en outre un œuf ou un potage. Le troisième jour, les enfants peuvent reprendre leur régime habituel.

A ce régime, on associe de la magnésie à dose fractionnée (0 gr. 20 cinq fois dans les 24 heures) ; tous les jours, on donne un lavement simple.

Si la crise se prolonge, on doit lutter contre le collapsus avec des injections de sérum. — E. L. M.

La diphtérie des nourrissons. — La diphtérie des nourrissons est rare, surtout dans les premiers jours qui suivent la naissance. Cette rareté tient, ainsi que MM. Cristianu et J. Bruckner l'ont établi (*Arch. de méd. des enfants*, nov. 1901), à la difficulté de la contamination, évitée par l'isolement et les soins assidus qu'on prend à l'égard des nouveau-nés. Mais, si la contagion vient à se produire, la maladie se développe avec tout autant de facilité qu'aux autres périodes de l'enfance.

La mortalité est beaucoup plus élevée, soit à cause de la moindre résistance des nourrissons, soit à cause de la difficulté de dépister la maladie dès son apparition.

Le début est extrêmement insidieux: l'enfant était en bonne santé, et tétait bien lorsque la diphtérie apparaît. Le pharynx, ordinairement pris le premier, est en quelques heures obstrué déjà par les fausses membranes. Celles-ci se propagent bientôt aux fosses nasales et la respiration devient extrêmement difficile : l'enfant blêmit, se cyanose, la respiration est fréquente, bruyante, l'asphyxie augmente encore quand le bébé essaie de têter ; après un peu d'agitation, il tombe dans une torpeur de plus en plus profonde. La température s'élève à 40° pour retomber bientôt à la normale et même au-dessous. L'enfant meurt doucement, dans l'asphyxie.

Quelquefois la diphtérie débute par une stomatite ou par une rhinite. Il est rare qu'elle se propage au pharynx, aux bronches et au poumon. Les ganglions sous-maxillaires ne sont généralement pas engorgés. Les auteurs n'ont jamais observé la contamination du sein de la nourrice.

L'inoculation des germes spécifiques se fait probablement par la bouche, souvent au niveau des tissus traumatisés, au moment de l'extraction des mucosités de l'arrière-gorge après l'accouchement.

La maladie évolue très rapidement et toujours vers la mort.

Le traitement, à cause de la gravité et de la rapidité d'évolution de ces infections diphtériques des nourrissons, est le plus souvent inefficace, même s'il a été mis en œuvre de bonne heure. La mortalité, même avec le traitement sérothérapique, atteint encore 60 0/0. Il faut donc agir aussi rapidement que possible ; on injectera dès le début 10 cent. cubes de sérum, et des injections de 5 cent. cubes pourront être répétées ultérieurement.

Mais surtout le traitement doit être préventif en cas d'épidémie. Dans les hôpitaux, dans les familles même, il faut recommander l'emploi des injections préventives qui confèrent une immunité d'une durée de quinze jours. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Angine de poitrine avec irradiation douloureuse dans le maxillaire inférieur. — Le hasard de la clinique a conduit en peu de temps trois angineux à l'hôpital de la polyclinique de Vienne qui présentaient une irradiation de leur douleur sténocardique dans le maxillaire inférieur, dans les dents, et dans le lobule de l'oreille. Tous les trois étaient des angineux vrais ; ils présentaient des lésions très nettes d'artério-sclérose et de cardiopathie artérielle; la radioscopie démontra chez eux de l'aortite, qui se révélait par de la dilatation de la crosse de l'aorte. L'un d'eux mourut subitement quinze jours après sa sortie de l'hôpital. La douleur irradiée avait cela de particulier qu'elle suivait le trajet de l'artère carotide et de l'artère maxillaire. Les malades indiquaient très exactement la projection de ces vaisseaux comme siège de la douleur. En outre l'artère carotide était très sensible à la pression pendant l'accès, tandis que la peau ne présentait aucune hypéresthésie.

MM. Pauli et Kaufmann qui ont étudié ces malades (*Wiener Klin. Rundschau*), concluent donc que les douleurs irradiées de l'angor suivent les trajets vasculaires, comme Nothnagel l'admet, et non pas les trajets nerveux ; il s'agirait d'une vraie douleur du parenchyme vasculaire. La zone d'anesthésie du bras chez un angineux observée par M. Klippel (*Journal des Prat.* n° 44) couvre assez bien le territoire de l'artère cubitale avec sa branche récurrente ; seule l'anesthésie au niveau du deltoïde ne s'explique pas facilement.

Voici, aussi abrégées que possible, les trois observations.

1° Dame de 69 ans, un peu obèse, ayant eu six couches, une fausse couche et une paralysie faciale rhumatismale. Elle présente une légère hypertrophie du ventricule gauche et un souffle systolique à la

Digitized by Google

ointe qui se propage jusqu'au foyer aortique. Le euxième bruit aortique est clangoreux ; la tension rtérielle est à 135; le pouls bat 84. Les artères périhériques sont rigides. Il n'y a pas d'albumine dans es urines. A la radioscopie, l'ombre cardiaque est largie et la crosse de l'aorte légèrement dilatée. Depuis six mois, elle a des crises d'angine de poirine : les unes provoquent une violente douleur u-dessous de la base du sternum et s'accompagnent e rougeur de la face, hypertension artérielle, de achycardie. Dans les autres, la douleur naît également sous le sternum, mais irradie sous les clavicules; de là, le long du cou jusqu'aux lobules des reilles, et en avant dans les branches de l'os maxilaire et jusque dans les dents ; la douleur est comparée à une crampe ; on ne constate pas d'hyperesthésie cutanée. Les crises sont provoquées par l'effort t par l'émotion ; elles sont indépendantes de l'ingestion des aliments ; la constipation les rend plus réquentes.

2° Domestique de 44 ans, ayant eu la syphilis à 24 ans ; depuis six ans, il a des accès d'angor. Il est très pâle, son artère radiale est épaisse et sinueuse ; le pouls est plein, mais arythmique, la tension artérielle à peu près normale. Le cœur est hypertrophié, au-dessus de toute son étendue, on entend un souffle systolique et un souffle diastolique, avec un maximum d'intensité au niveau du 2e espace intercostal droit. Battements artériels au cou. Pas d'albumine dans les urines. A la radioscopie, élargissement de l'arc aortique.

Les accès d'angine sont produits par la marche rapide, par l'émotion, par des conversations prolongées. Ils sont constitués par une douleur absolument insupportable dans la poitrine et par une sensation d'angoisse inexprimable. La douleur irradie peu dans les bras qui paraissent plutôt lourds et commme morts ; elle se propage par contre le long du cou jusqu'à l'articulation du maxillaire et de là dans les deux branches de cet os. Pendant l'accès, le malade est pâle à l'extrême, il transpire et se sent très faible. Parfois, il a eu la douleur maxillaire, sans éprouver la douleur sternale. Il meurt subitement quinze jours après avoir quitté l'hôpital.

3° Employé de 56 ans, ancien paludéen, buveur de vin (2 litres), d'alcool, de bière. En juillet 1900 premières sensations angineuses. Il distingue lui-même de grandes et de petites crises : les petites crises consistent en une sensation de compression du thorax ; les grandes sont constituées par une sensation de gonflement épigastrique ; une douleur écrasante monte de l'estomac le long du sternum, s'accompagnant d'angoisse ; parfois elle affecte le type du pyrosis ; du sternum, la douleur rayonne dans les deux bras, en suivant leur côté interne jusqu'à l'articulation carpienne sur une largeur de deux travers de doigt, et en même temps le long des sterno mastoïdiens, vers le lobule de l'oreille, et de là dans les deux mâchoires et dans les molaires. Le fait de mordre des corps durs ou très froids n'a jamais amené d'accès. Pas d'hyperesthésie cutanée. Le cœur est hypertrophié ; à tous les orifices, on entend un souffle systolique et un souffle diastolique humé et prolongé, avec un maximum d'intensité au foyer aortique. Pulsations artérielles au cou. Le foie descend jusqu'au niveau de l'ombilic et est douloureux à la palpation. Pas d'albumine dans les urines. — Bd.

Tachypnée nerveuse. — Sur 1155 malades atteints d'hystérie ou de neurasthénie de la clinique du Pr Gerhardt de Berlin, Reckzeh (*Berliner Klin, Wöchenschrift*, 1901, nos 17, 18 et 19). put observer 36 cas de tachypnée, sans lésion cardiaque ou pulmonaire. L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie. Deux personnes atteintes de tachypnée la transmirent à leurs six enfants ; d'autres fois on constata l'alcoolisme, des traumatismes, des émotions, des maladies génitales, de l'ovarialgie, la masturbation, des excès sexuels dans l'histoire des malades. L'accès de tachypnée débute subitement et cesse progressivement ; parfois, il s'accompagne d'oppression et d'angoisse, plus rarement de tachycardie. Comme cause on peut invoquer une excitation du pneumogastrique partant de la corticalité grise aux endroits où elle est le siège des fonctions psychiques. La respiration est tantôt régulièrement rapide, tantôt elle présente des intervalles de repos. On la trouve plus souvent chez la femme que chez l'homme. Son pronostic dépend de celui de la névrose, et le traitement est celui de cette névrose : hydrothérapie, valériane, électricité ; comme médication symptomatique on peut employer la morphine, les bromures, le sulfonal, les cardiotoniques, les antipyrétiques, la glace. Les inhalations d'oxygène n'ont aucune influence. — Bd.

GYNÉCOLOGIE

La suppuration des fibromyomes utérins. — C'est une complication peu fréquente des fibromes de l'utérus ; elle devient de plus en plus rare avec l'application de plus en plus répandue des méthodes antiseptiques dans la pratique gynécologique et obstétricale.

D'après le Dr Guery (*Th. de Paris*, 1901), les causes prédisposantes de cette suppuration sont les diverses dégénérescences des fibromes (surtout la dégénérescence œdémateuse et calcaire) et les modi-

Digitized by Google

fications de nutrition produisant l'ischémie et la nécrose. Mais la *grossesse*, par les complications que le fibrome et l'utérus gravide sont susceptibles de produire l'un sur l'autre par une aggravation réciproque, est la cause prédisposante la plus importante.

La cause déterminante est, soit un traumatisme septique direct, soit, plus souvent, un processus infectieux parti de la cavité et de la muqueuse utérines et gagnant le fibrome par la voie lymphatique ou sanguine. Le staphylocoque blanc, le streptocoque, le bactérium coli, et un micro-organisme anaérobie trouvé par Hartmann et Mignot sont les divers agents pathogènes qu'on a rencontrés dans le pus de ces suppurations.

Dans les fibromes interstitiels, la suppuration débute soit par le centre du fibrome (processus infectieux secondaire succédant le plus souvent à une nécrose aseptique primitive), soit par la capsule cellulaire entourant le fibrome (suppuration périphérique qui détermine le plus souvent à son tour la nécrose et le sphacèle purulent de toute la masse).

Dans les fibromes sous-muqueux, devenus intracavitaires, la suppuration vient compliquer le sphacèle lorsque la surface du myome s'ulcère et s'infecte au contact des micro-organismes pathogènes du canal vagino-utérin.

La suppuration des fibromes interstitiels et sous-péritonéaux se manifeste généralement par l'augmentation rapide du volume de la tumeur, son ramollissement, la douleur spontanée et provoquée à son niveau, la fièvre et quelquefois l'écoulement de pus par l'orifice utérin.

La suppuration et l'infection des fibromes sous-muqueux devenus intracavitaires (surtout l'infection causée par un traumatisme chirurgical septique ou une ablation incomplète) se manifestent par des phénomènes de septicémie et quelquefois de pyohémie rapidement mortels.

Enfin, pendant la grossesse, la suppuration du fibrome produit presque toujours l'avortement qui se complique fréquemment alors d'infection puerpérale.

Le pronostic des suppurations des fibromes est grave.

Il est grave par les complications qui peuvent se produire avant toute intervention chirurgicale (péritonite par rupture dans la cavité abdominale, perforation vésicale ou intestinale, septicémie).

Il est grave au point de vue des interventions, car on doit opérer souvent sur une malade en état de septicémie, et enlever une tumeur le plus souvent compliquée d'adhérences.

Le traitement préventif sera de redoubler de précautions antiseptiques dans tous les soins chirurgicaux donnés aux malades portant un fibrome, et surtout un fibrome compliqué de grossesse ; et d'autre part, d'enlever les tumeurs fibreuses le plus tôt possible et avant toute complication.

Une fois la suppuration produite :

Pour les fibromes interstitiels, sous-péritonéaux et même pour les fibromes polypeux restés intra-utérins il sera préférable de faire, après désinfection préalable de la cavité vaginale et tant que l'état général de la maladie le permet, l'*hystérectomie abdominale subtotale*, avec fermeture soignée du moignon de col utérin.

Pour les fibromes sous-muqueux, polypeux, ayant déjà gagné la cavité vaginale, il vaut mieux enlever d'abord par la voie vaginale, dans une première opération, toute la masse sphacélée, désinfecter soigneusement la cavité vagino-utérine, et enlever (dans une deuxième opération, si c'est nécessaire) la masse restante, par une hystérectomie soit abdominale, soit vaginale, suivant le volume de cette masse.

Enfin, pendant la grossesse, en présence d'un fibrome suppuré, on peut être appelé à faire, suivant les cas, soit la myomectomie, soit l'hystérectomie abdominale après avortement spontané, soit l'hystérectomie abdominale, après avoir provoqué l'accouchement prématuré, si l'enfant est vivant, soit enfin l'opération de Porro.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Traitement du prurit anal et vulvaire par les courants de haute fréquence

L'introduction des courants de haute fréquence dans la thérapeutique dermatologique remonte déjà à plusieurs années ; nous devons à Oudin d'avoir montré les résultats qui peuvent résulter de leur application et d'en avoir réglé la technique.

Il est des affections cutanées, et j'en donnerai un exemple frappant tout à l'heure, affections extrêmement pénibles, rebelles à toute méthode thérapeutique, et qui guérissent d'une manière rapide, définitive, par l'emploi de l'électricité de haute fréquence.

L'emploi de l'électricité sous cette forme est cependant beaucoup moins répandu qu'il ne devrait l'être ; à cela je vois deux raisons. Elle ne figure pas encore dans les livres classiques de dermothérapie en dehors du traité précieux de M. Brocq sur le traitement des dermatoses par les agents physiques. Et surtout les indications sont loin d'être exactement précisées de telle manière que le médecin puisse savoir d'une manière certaine dans quels cas il peut, dans quels cas il doit y avoir recours.

Digitized by Google

En général, les applications des méthodes physiques en médecine sont comprises d'une manière extrêmement large ; il en résulte qu'à côté de succès nombreux, elles sont suivies d'insuccès aussi nombreux et qu'elles sont utilisées *au petit bonheur*, si l'on veut me permettre une expression vulgaire.

Il ne peut en être toujours ainsi, sous peine de compromettre des méthodes que rien, dans certains cas, ne peut remplacer.

Prenons un exemple : l'emploi de l'électricité dans le traitement des prurits. Nous savons que l'électricité statique peut amener des sédations remarquables dans des cas nombreux de *prurit généralisé* et assez souvent des guérisons. Elle peut également donner des succès remarquables dans le *prurit limité*, mais il n'est pas douteux que l'électricité de haute fréquence ne puisse donner plus souvent de résultats heureux et cette méthode a fait disparaître à peu près l'emploi de la machine statique dans ces affections.

Voilà à peu près tout ce que nous savons aujourd'hui sur l'électrothérapie du prurit. L'expérience que j'ai pu acquérir sur ce sujet m'a montré qu'elle est extrêmement utile dans certains cas, qu'il n'en est pas de même dans d'autres.

Il est possible que mes conclusions fondées sur un petit nombre de cas, quoique m'ayant donné des résultats très précis, soient démenties en totalité ou en partie ; je ne le regretterai pas trop, tant il me semble nécessaire d'arriver à une précision thérapeutique que nous sommes loin d'avoir aujourd'hui.

J'ai traité, par l'électricité de haute fréquence (1), un certain nombre de cas de prurit limité ; j'ai obtenu des succès complets et rapides dans les uns, des insuccès dans les autres.

Or les succès concernent des malades atteints de prurit limité sans lichénification ou avec lichénification très légère, les insuccès des cas où il existait une lichénification intense et ancienne. Ces cas dont j'ai obtenu la guérison par des topiques chimiques seront prochainement publiés.

Les faits de prurit limité guéris par l'électricité de haute fréquence concernent quatre malades atteints de prurit anal ; une malade présentait en outre un prurit vulvaire également rebelle aux moyens thérapeutiques ordinaires.

Voici les observations de mes malades :

Obs. I. — Janvier 1900. M. C., Docteur en médecine.

Le prurit anal remonte à deux ans. Il s'est aggravé d'une manière graduelle, ayant son maximum la nuit, troublant le sommeil d'une manière de plus en plus grave. Depuis huit ou dix mois, le malade ne peut plus dormir que deux ou trois heures par nuit.

L'étiologie de ce prurit est indéterminée. Il n'y a pas de troubles viscéraux, en particulier pas de troubles gastro-intestinaux. Pas d'hémorrhoïdes. Le malade présente de temps à autre des poussées d'eczéma d'un type spécial que je considère comme devant être rattachées à un érythème scarlatineux desquamatif, localisé aux espaces interdigitaux et à la paume de la main. A l'examen de l'anus, on constate des lésions qui paraissent secondaires au prurit, et deux fissures peu profondes ; les plis sont exagérés, mais il n'y a pas de lichénification vraie ; la peau n'est pas épaissie, sa consistance est normale.

Les traitements que le malade a suivis, ont été des plus variés, mais n'ont apporté aucune amélioration.

Je pratique douze séances de haute fréquence espacées de 24 heures.

La durée est portée graduellement de 5 à 10 minutes. La première séance est suivie d'une amélioration immédiate. Le malade a passé une bonne nuit, a dormi d'un sommeil calme et est absolument surpris du résultat. Au bout de 12 séances, la guérison est complète ; tout au plus le malade éprouve-t-il la nuit quelques sensations très légères qui ne gênent pas le sommeil.

J'ai revu récemment M. C. ; la guérison s'est maintenue depuis 6 mois.

Obs. II. — M. F., 23 ans.

L'affection pour laquelle ce malade m'a été amené par son médecin, remonte à trois ans ; à ce moment M. F. a souffert pendant trois mois d'un prurit généralisé ; j'avais eu l'occasion de le soigner déjà à cette époque et avais obtenu la guérison du prurit, en instituant un régime sévère et le traitement de la dyspepsie de fermentation. Le prurit n'avait pas entièrement disparu et s'était limité à l'anus où il est resté persistant, malgré les traitements qui ont été faits, en particulier les applications de cocaïne et de jusquiame.

Lorsque je revois le malade en mai 1901, je ne constate aucun trouble, sauf une constipation habituelle ; il existe une poussée hémorrhoïdaire récente.

La muqueuse de l'anus et la peau voisine paraissent entièrement saines, à l'exception de deux ou trois érosions fissurales.

Le prurit est d'une intensité moyenne ; il gêne surtout le malade par sa persistance ; il faut ajouter que, de temps à autre, surviennent des crises plus violentes, gênant le sommeil. Sept séances de haute fréquence, chacune espacée de deux jours, amènent la guérison complète. Les hémorrhoïdes ont considérablement diminué de volume.

Obs. III. — Mlle L., 34 ans.

L'affection prurigineuse date d'une quinzaine d'années. Elle a été consécutive à une constipation chronique qui a disparu actuellement. La malade est une nerveuse et surtout une dyspeptique ; elle a eu de nombreuses reprises de troubles gastriques variés. L'affection s'est étendue graduellement sur la vulve ; simultanément son intensité a augmenté. Le sommeil est troublé par des crises de prurit intense. Les traitements qui ont été faits : lavages à l'eau boriquée chaude, pommade cocaïnée, badigeonnages au nitrate d'argent, galvano-cautérisations n'ont amené que des améliorations passagères et toujours légères.

Il existe une lichénification légère des régions anales et vulvaires.

(1) Je me suis servi dans tous les cas du courant recueilli sur un seul solénoïde, agissant sur la peau par les étincelles obtenues au moyen d'une électrode en cuivre recouverte d'une gaine en verre.

Digitized by Google

9 séances de haute fréquence amènent une guérison complète qui s'est maintenue depuis deux mois (juin 1901).

Obs. IV. — M. X, 37 ans.

Prurit anal datant de trois ans environ, consécutif à un séjour aux colonies. Le malade est nerveux et souffre d'une constipation persistante.

Le prurit est d'intensité modérée, mais gênant par sa ténacité ; il s'est montré du reste rebelle à tous les nombreux traitements qui ont été faits. Guérison complète en douze séances.

Je ne veux pas insister davantage sur la question du traitement du prurit anal ou vulvaire par l'électricité de haute fréquence.

J'ai dit tout à l'heure que ce moyen n'était pas assez connu, je n'ai donc pour preuve que le malade de l'obs. I, médecin des plus distingués, qui atteint d'une affection extrêmement pénible, avait essayé tous les moyens locaux de traitement, à l'exception de celui si simple et si efficace, que nous ont fourni les belles recherches du Dr Oudin. — Leredde. *ancien interne des hôpitaux.*

THERAPEUTIQUE

Inclusion de vaseline dans les tissus. — Il y a deux ans environ que Gersuny eut l'idée d'employer la vaseline comme substance de prothèse sous-cutanée. Cet essai a été couronné de succès, comme il résulte d'un travail de M. Moszkowicz, élève du Pr Gersuny (*Wiener Klin. Wochensch*); des résultats analogues ont été rapportés par M. Delangre, de Tournai (XIVe Congrès français de chirurgie, 1901). La vaseline injectée peut servir à remplacer des organes absents, par exemple les testicules après la castration ou à combler des creux, tels que l'ensellure d'un nez effondré : son rôle est donc utilitaire ou esthétique. Voici la technique recommandée par Gersuny, On emploie de la vaseline fusible entre 36 et 40° ayant à la température ordinaire la consistance d'une pâte molle. On la stérilise en la faisant bouillir à ciel ouvert, et on l'aspire avec une seringue, dans laquelle on la laisse refroidir; on peut accélérer la réfrigération en trempant la seringue dans de l'eau froide. Quand elle a repris sa consistance de pâte molle, on l'injecte à l'endroit voulu, mais alors seulement, pour éviter des embolies graisseuses ; la vaseline sort de l'aiguille comme un petit vermisseau blanc. On peut préparer l'endroit devant recevoir l'injection par une infiltration à la cocaïne d'après Scheich (chlorhydr. de cocaïne 0 gr. 01, chl. de morphine 0 gr. 005, Na Cl. 0 gr. 20, eau phéniquée au 20e, II gouttes, eau 100 gr.), qui assouplit le tissu conjonctif, ou bien par de petits débridements à l'aide de ténotomes fins. S'il s'agit d'injecter une certaine quantité de vaseline, on s'y reprendra à plusieurs fois ; on ne dépassera pas 5 ou 6 ccm. par séance.

Quel est le sort de la vaseline à l'intérieur du corps? Elle se couvre d'abord à la surface d'une couche de leucocytes qui tâchent de la pénétrer ; peu à peu ils font place à un tissu conjonctif, qui forme une coque autour de la paraffine,émettant des trabécules vers son centre. Elle reste dans cet état d'enkystement sans subir d'autres modifications. Au début elle est molle au palper, mais au bout de peu de jours, elle durcit et acquiert ensuite une dureté cartilagineuse.

Voici maintenant quelques exemples de son emploi : le premier en date est celui d'un homme ayant subi une double castration ; Gersuny lui injecta pour la première fois de la vaseline dans le scrotum, le 30 mai 1899 ; il compléta l'opération en deux séances ultérieures ; la guérison est parfaite jusqu'à ce jour.

Cette opération a été refaite à plusieurs reprises, et Delangre aussi a eu deux succès dans ces conditions. — La vessie et le rectum privés de leur sphincter peuvent être rendus continents (*Centralblatt f. Gynœkol*, 1900, no 8), des fistules vaginales peuvent être oblitérées ; le prolapsus de la paroi vaginale antérieure est également combattu efficacement ; chez des sujets atteints de hernies et refusant la cure radicale, on peut oblitérer l'orifice de sortie par une injection de vaseline. Des orifices dans le palais — congénitaux ou acquis — sont faciles à fermer. Enfin on peut combler les cicatrices en cratère, en particulier celles de l'empyème ou de résections costales, celles résultant de la résection du maxillaire supérieur, ou l'ensellure du nez effondré. Gersuny n'a eu ni accident, ni suppuration sur une trentaine de cas ; Delangre a observé trois fois la suppuration en bloc de la vaseline sur 17 cas; Pfannenstiel a eu un décès par embolie graisseuse pour avoir injecté la vaseline chaude et liquide. On devra donc se tenir strictement au manuel opératoire exposé plus haut. — Bd.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'épilepsie jacksonienne et les localisations cérébrales — M. Raymond. Des faits nombreux prouvent que certaines lésions corticales, situées en dehors de la zone rolandique, peuvent agir à distance sur la zone motrice et provoquer ainsi des attaques épileptiformes, voire même des paralysies motrices. Ces phénomènes ont été observés dans les lésions du lobe frontal, du lobe pariétal, du lobe

Digitized by Google

phénoïdal, de la protubérance, du bulbe. L'épilepsie artielle peut donc n'avoir aucune action localisatrice ; à lle seule, elle ne peut servir à établir une localisation, lle n'apporte donc, considérée en elle-même, aucun argument pour ou contre la doctrine des localisations cérérales.

Election. — M. A. Josias est nommé membre de l'Académie dans la section d'hygiène et de médecine légale. *26 novembre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De l'administration du bromure après l'accès dans le traitement de l'épilepsie. — M. Toulouse. Dans le traitement de l'épilepsie par le bromure, le problème difficile à résoudre dans chaque cas est celui de la détermination de la dose thérapeutique suffisante. Si elle n'est pas atteinte, le sujet court le risque d'avoir, à un moment, sous l'influence de causes souvent indéterminables exaltant ses tendances convulsives, une série d'accès aboutissant à un état de mal. Le danger est encore plus grand dans les modes de traitement par le bromure, où le médicament n'est pas administré d'une manière continue, et où par conséquent l'organisme est sevré par périodes de bromure, et redevient ainsi très sensible aux actions épileptogènes. C'est dans ces cas surtout que les états de mal sont annoncés par des accidents de plus en plus nombreux.

Pour parer à ces inconvénients, M. Toulouse, après chaque accès convulsif, fait administrer au malade 1 gr. de bromure ordonné pour ce cas; après un deuxième accès, un deuxième gramme de bromure, et ainsi de suite, mais de manière que la dose totale de bromure (comprenant celle fixée quotidiennement et celle supplémentaire), ne dépasse pas 10 gr. dans les 24 heures.

Ce mode de traitement diminue les accès multiples et tend à supprimer les états de mal. Il est d'une innocuité absolue et permet de fixer à une quantité peu élevée la dose journalière de bromure.

Péricardite aiguë d'origine brightique. — MM. Ferrier et Dopter. Il s'agit d'un soldat de 22 ans, qui, au cours d'une néphrite chronique, fut atteint de symptômes urémiques très graves et d'une péricardite qui détermina la mort en quelques jours. Cette dernière complication évolua d'une manière spéciale ; contrairement à ce qu'on observe habituellement dans la péricardite brightique, elle affecta d'emblée les allures d'une péricardite aiguë, mais sans déterminer de fièvre. Les premiers symptômes apparurent trois jours avant la mort, se manifestant par des signes stéthoscopiques très accusés, frottements très intenses occupant la totalité de la région cardiaque. A l'autopsie, outre les lésions de la néphrite chronique, on se trouva en présence d'une inflammation pseudo-membraneuse étendue à toute la surface de la séreuse et s'accompagnant d'épanchement séro-purulent assez abondant.

Paralysie faciale double probablement d'origine ourlienne. — M. Hirtz. Il s'agit d'une femme atteinte de diplégie faciale, plus accusée du côté droit, ayant nettement les caractères d'une paralysie périphérique. Il n'existe aucune cause de compression bilatérale, ni traumatisme, ni otite, ni lésion du rocher. L'évolution de la maladie, la réaction de dégénérescence ne permettent pas de s'arrêter à l'idée d'une paralysie hystérique. Un seul point paraît digne d'être relevé ; c'est la concomitance de tuméfaction douloureuse des parotides et de la face avec le début de la paralysie; et l'on peut se demander si cette diplégie faciale ne doit pas être attribuée à une attaque fruste d'oreillons, plutôt que mise sur le compte du froid.

Cœur à l'étroit comme cause de souffles anorganiques et de troubles fonctionnels cardiaques. — M. Merklen. Une jeune fille de 17 ans est immobilisée depuis 7 ans sur le dos, la tête basse pour un mal de Pott cervical. Elle est sujette à des crises de palpitations survenant après les repas. L'auscultation permet de constater un bruit de souffle systolique rude au foyer de l'artère pulmonaire, se prolongeant dans la direction de ce vaisseau ; un souffle musical systolique s'entendant dans l'aisselle, en dehors de la pointe, au niveau de laquelle on perçoit le premier bruit normal A part les souffles, aucun signe physique ne permet de penser à l'existence d'une lésion organique orificielle.

D'autre part, le thorax est aplati, la colonne vertébrale déviée repousse l'estomac dans la partie inférieure du thorax ; le cœur est à son tour refoulé par l'estomac sous les poumons qu'il comprime. Bref, toutes les conditions physiques se trouvent réunies pour la formation d'un souffle extra-cardiaque ou cardio-pulmonaire, dont la pathogénie a été déjà fixée par M. Potain.

Les troubles fonctionnels, palpitations et dyspnée, observés chez cette malade, sont attribuables à cette cause générale : cœur à l'étroit, ainsi que M. Lamy et M. Huchard en ont rapporté des observations. *(22 novembre).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Ostéite mastoïdienne circonscrite consécutive à une otite moyenne. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Toubert, du Val-de-Grâce. Il s'agit d'un cas d'otite moyenne subaiguë, à réaction mastoïdienne minime, dans laquelle il se produisit une ostéite à distance en dehors de l'antre, ostéite révélée par un phlegmon sous-cutané en arrière de l'oreille. Ce phlegmon, d'abord ouvert, ne fut guéri que par la suppression du foyer osseux par le curettage.

M. Picqué fait remarquer la rareté des faits de ce genre. D'ordinaire, l'infection otique se localise à l'antre mastoïdien ; pour expliquer la pathogénie de ce cas particulier, il faut admettre l'existence de cellule mastoïdienne aberrante, ayant conservé cependant avec la caisse une communication par laquelle se serait propagée l'infection.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il existe un phlegmon sous-cutané d'origine otique, la seule indication est de l'ouvrir, et de rechercher avec soin la cellule osseuse aberrante, pour l'agrandir et éviter les propagations profondes.

Fistule ombilico-vésicale congénitale. — M. Picqué. Il s'agit d'une enfant de 6 ans, atteinte depuis sa naissance d'une fistule ouverte à l'ombilic, par laquelle sortaient quelques gouttes d'urine, grâce à la persistance du canal de l'ouraque. M. Imbert, de Montpellier, après avoir reconnu l'origine de cette fistule, pratiqua la laparotomie, et put extraire le trajet fistuleux jusqu'à 2 centimètres de la vessie. La partie attenante au réservoir urinaire fut alors fermée au catgut et fixée à la peau en cas de récidive ultérieure, qui d'ailleurs ne survint pas. L'enfant fut débarrassée de son infirmité.

Fourchette séjournant depuis 78 jours dans l'estomac, gastrotomie, guérison. — M. Tuffier analyse une observation de M. Kallionzis, d'Athènes. Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde, avala pendant son délire une fourchette de 22 centimètres de longueur. Guéri de sa fièvre typhoïde, il se remit au travail des champs, conservant sa fourchette, sans en éprouver d'autres malaises que des picotements au creux de l'estomac.

Le palper abdominal révélait, au niveau de la région épigastrique, la présence des 4 dents de la fourchette qu'on percevait à travers la paroi, à la hauteur des cartilages des 9e et 10e côtes gauches. L'état général du patient était excellent. 78 jours après l'accident, M. Kallionzis fit la gastrotomie au niveau de la saillie formée par les dents de la fourchette, enleva le corps étranger, puis referma l'estomac par une suture en bourse, guérison en trois semaines. La fourchette mesurait 22 centimètres de longueur; elle était toute en fer, rigide et inflexible.

Cette observation montre la tolérance de l'estomac, qui a pu garder cette fourchette pendant 78 jours, sans manifester la moindre réaction. (*20 novembre.*)

ACTUALITÉ

Loi et bon sens

A propos de notre dernier article sur la loi des accidents de travail, nous recevons d'un de nos lecteurs, le Dr Fauquet (de Paris), cette lettre fort intéressante dont nous le remercions vivement, et que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs.

« Permettez-moi d'attirer votre attention sur un jugement du juge de paix du Havre, qui me paraît en contradiction avec les conclusions de votre article « Loi et bon sens » du dernier numéro du *Journal des praticiens*.

« Il résulterait, en effet, des attendus de ce jugement, que le médecin qui a soigné un ouvrier assujetti à la loi du 9 avril 1898, a un recours direct contre le patron de l'ouvrier blessé. Le médecin aurait ce recours direct, même lorsque l'ouvrier useraît du droit que lui garantit la loi, de choisir lui-même son médecin.

« L'action, dit le jugement, a son principe dans l'obligation, édictée contre le chef d'industrie par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par la maladie de son ouvrier, victime d'un accident du travail ; *que cette obligation est la même, que le chef d'industrie soit tenu envers son ouvrier seulement, ou qu'il le soit également envers le médecin ou le pharmacien ;* que le résultat sera donc le même, que l'action émane de l'ouvrier lui-même ou du médecin et du pharmacien exerçant ses droits et actions, ou agissant comme ayant géré l'affaire du chef d'industrie, ou directement.

« Attendu, qu'en réalité, le patron est obligé *indistinctement* envers l'ouvrier, le médecin et le pharmacien; que cela résulte de l'article 4 qui ne distingue pas, quant au principe de l'obligation et à l'action qui en dérive, mais seulement quant à l'étendue de cette obligation dans un cas déterminé, celui où le médecin et le pharmacien ont été choisis par la victime de l'accident ; *que le législateur a voulu assurer immédiatement à l'ouvrier blessé le secours du médecin et du pharmacien ; que ce but ne pouvait être atteint pleinement que si le médecin et le pharmacien étaient garantis par un recours direct contre le chef d'industrie;* qu'en tous cas cette interprétation de l'article 4 ne peut faire aucun doute lorsque le médecin et le pharmacien ont été choisis par le patron lui-même, soit directement, soit indirectement.

« Je crois qu'un tel jugement, où la loi et le bon sens s'accordent d'une façon aussi parfaite, ne devrait être ignoré d'aucun médecin. Il peut servir de base à nos revendications dans les cas semblables à celui que notre confrère vous avait signalé. »

Cette lettre, dont nous remercions encore une fois notre correspondant, sera lue avec grand intérêt par nos lecteurs. Mais, je me permets de dire qu'elle n'est pas « en contradiction » avec les conclusions de mon article, puisqu'il est bien spécifié que l'interprétation de l'article 4 de la loi ne peut faire aucun doute « *lorsque le médecin et le pharmacien ont été choisis par le patron lui-même, soit directement, soit indirectement* ». Donc, les médecins, encore une fois, doivent prendre leurs précautions, et je leur réitère, dans leur intérêt, le conseil de provoquer une réponse *écrite* du patron de l'ouvrier, reconnaissant les premiers soins donnés, et demandant leur continuation. En tous cas, le médecin *ne connaît pas* les compagnies d'assurances, il ne doit connaître que le patron de l'ouvrier. — H. Huchard.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 207, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le sérum antidiphtérique dans la pneumonie.

par le Dr LANDRIEUX, *Médecin de l'hôpital Lariboisière.*
et G. LEGROS, *Interne des Hôpitaux*

M. Talamon a, au mois de février 1901, à la suite de recherches cliniques, préconisé devant la Société médicale des Hôpitaux, l'emploi systématique du sérum antidiphtérique dans la pneumonie. Cet emploi était basé sur l'hypothèse légitime d'une action excito-phagocytaire liée à ce sérum, indépendante de l'action antitoxique spécifique et peut-être susceptible de s'exercer indifféremment sur l'agent microbien pneumocoque comme sur le bacille diphtérique.

Après des recherches expérimentales préliminaires faites par l'un de nous et malgré leurs résultats négatifs (1), nous avons tenté d'employer systématiquement les injections de sérum antidiphtérique dans une série de cas de pneumonie aiguë franche, sans cependant nous croire en droit de renoncer aux indications spéciales de traitement (digitale, caféïne, enveloppements froids etc).

Notre série limitée de 17 cas dont dix seulement ont été injectés, ne peut être comme importance opposée aux 50 cas traités de M. Talamon; il nous a paru cependant qu'ils pouvaient comporter quelques déductions intéressantes.

Notre mortalité a été de deux cas, tous deux avaient reçu du sérum bien que dans des conditions très différentes.

Il s'agissait dans un cas d'un malade âgé de 42 ans, cocher, entré salle Bouley au second jour d'une pneumonie d'intensité moyenne, avec une température de 38° 4, 86 pulsations, et 40 respirations par minute. Il présentait à droite vers la partie moyenne du bord interne de l'omoplate un foyer de râles crépitants de la largeur de la paume de la main, avec souffle tubaire. Les crachats jaune verdâtre contenaient de nombreux pneumocoques lancéolés encapsulés, les urines ne présentaient ni albumine ni sucre. Un examen du sang donnait; Gl. r. 3.720.000; Gl, bl. 18.600. Il s'agissait d'une polynucléose très nette. 20 c. de sérum furent injectés dans l'après-midi. Le malade fut pris dans la nuit de dyspnée progressivement croissante et succomba à 8 heures 1/2 le lendemain matin.

L'autopsie montra un bloc de splénisation de la partie supérieure du poumon droit sans limitation lobaire nette. 150 cc. de liquide citrin stérile furent recueillis dans la plèvre correspondante. Le foie pâle, un peu dur à la coupe, présentait des taches jaunâtres de la convexité, les reins étaient congestionnés, on nota un peu d'induration et d'insuffisance de la valvule mitrale.

Le second cas concerne une femme âgée de 45 ans, admise salle Trousseau au 8me jour d'une pneumonie à allure sévère et qui devant nous envahit progressivement tout le poumon droit. La malade, soumise aux injections de sérum dès le lendemain de son entrée, présenta une température constamment élevée au dessus de 39°, atteignant parfois 40°. Elle reçut en 6 jours 120 cc. de sérum et mourût au 7me jours après son entrée, par extension progressive de l'infection pulmonaire.

Dans les 8 autres cas traités par le sérum qu'il nous a été donné d'observer chez des sujets adultes venus à l'hôpital du 3e au 5e jour du début de l'infection, nous avons obtenu parfois une chute brusque de la température 24 heures après la seconde injection, mais nous avons observé ces défervescences aussi nombreuses après deux jours d'enveloppements froids sans sérum. Parfois, après 5 injections de 20 cc. chaque, on notait seulement une chute en lysis. Enfin, chez un sujet de 20 ans traité au 4e jour, et ayant reçu 80 cc. de sérum du 4e au 8e jour, la température tomba le 9e jour à 38°; 6 jours après elle remonta à 39°, et l'on constata le développement d'une pleurésie purulente à pneumocoques, qui fut traitée par l'empyème et guérit.

M. Talamon, dans sa communication, a fait un certain nombre de réserves sur sa méthode, touchant la date de début du traitement, l'âge et les tares alcooliques du sujet ; quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces quelques résultats ne nous a pas encouragés à pousser plus loin l'essai de la méthode. Il convient d'ajouter qu'il ne nous a pas paru, à la suite d'examens du sang faits à plusieurs reprises chez quelques malades traités, qu'une réaction leucocytaire de défense accusât dans l'intimité de l'organisme l'influence favorable que la clinique ne nous permettait pas de déceler.

G. LEGROS. *Soc. de Biologie.* Séance du 4 mai 1901...

« Les résultats obtenus par M. Talamon, nous ont engagé à « quelques recherches expérimentales sur la souris blanche, « réactif de choix du pneumocoque ; soit par injections préven- « tives soit par traitement curatif, nous avons cherché à modifier « l'infection expérimentale: les résultats obtenus ont été nette- « ment et constamment négatifs ; des examens comparatifs de la « leucocytose quantitative et qualitative chez les animaux en « expérience, n'ont même pas permis de saisir à un moment « quelconque de réaction de défense plus caractérisée chez les « immunisés. . . . »

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des sténoses sous-glottiques

Par M. Boulay, *ancien interne des hôpitaux*

Traitement. — I. Sténoses aiguës. Prophylaxie des sténoses chroniques. — Le traitement des sténoses sous-glottiques aiguës se confond avec celui des sténoses laryngées en général : c'est la trachéotomie ou le tubage, dont nous n'avons pas à décrire ici le manuel opératoire. D'ordinaire on préfère le tubage : or est-il possible de prévenir les rétrécissements chroniques dont il favorise parfois la constitution ?

Diverses précautions peuvent être recommandées dans ce but.

1° *Abréger la durée de l'intubation.* S'il est vrai que le danger d'une sténose chronique soit d'autant plus grand que l'intubation est plus prolongée, il y a intérêt à abréger autant que possible la durée du séjour du tube dans le larynx. Cela peut être fait d'une façon systématique ou d'une façon opportune.

a) D'une façon *systématique*, lorsqu'au bout de six à huit jours de tubage l'enfant ne peut se passer de son tube, pratiquer systématiquement la trachéotomie; abréger encore cette période en cas de mauvais état général ou de rougeole (Sevestre). C'est la conduite la plus généralement suivie en France.

Wiederhofer, Ranke, Heubner ont fixé une limite plus précise : ils bornent à 120 heures, consécutives ou non, le temps maximum pendant lequel un enfant peut garder un tube dans le larynx sans grand danger de sténose consécutive; si l'enfant n'est pas détubable dans ce délai, il faut le trachéotomiser. Il convient d'observer que cette limite de 120 heures est arbitraire et ne saurait donner aucune sécurité à l'opérateur, car on voit des rétrécissements se constituer chez des malades n'ayant gardé le tube que 36 ou 48 heures.

Variot, plus exigeant encore, veut qu'on retire le tube immédiatement après l'avoir introduit (écouvillonnage) ou, tout au plus, après un séjour de deux ou trois heures (tubage écourté), quitte à répéter l'opération un certain nombre de fois.

b) D'une façon *opportune*. Pratiquer la trachéotomie dès que l'existence d'une ulcération sous-glottique est certaine ou même seulement probable. L'existence d'une ulcération ne peut être tenue comme certaine, que si on la constate de visu à l'aide du miroir laryngoscopique. Elle est probable, lorsque : 1° le tube présente à sa sortie une tache noire en un point de ses parois répondant à la portion sous-glottique; 2° les détubages, spontanés ou artificiels, sont suivis constamment de crises de spasme glottique nécessitant un retubage immédiat.

Cette trachéotomie secondaire ne suffit d'ailleurs pas à elle seule à mettre à l'abri d'un rétrécissement. A sa faveur, au contraire, la sténose chronique, si elle doit se constituer, a quelque chance de le faire un peu plus rapidement : le larynx, en effet, étant mis au repos, l'ulcération va immédiatement commencer à se cicatriser, et, si cette cicatrice est vicieuse une atrésie va s'établir.

Aussi doit-on surveiller attentivement le larynx après la trachéotomie; au bout de huit jours il convient déjà de faire un sondage explorateur; si l'on constate un début de rétrécissement, il faut s'opposer à sa formation par le passage répété de cathéters ; Bokay conseille d'enlever la canule et de recourir de nouveau, dès ce moment, au tubage méthodique.

Pour prévenir plus sûrement la constitution d'un rétrécissement, Bayeux a proposé, en cas de sténose menaçante, de sectionner le cricoïde en même temps qu'un ou deux anneaux de la trachée, de façon à obtenir, d'une part, un écartement de l'anneau cricoïdien lui permettant de se cicatriser en un anneau plus large; d'autre part, une cicatrice antérieure fibreuse, élastique, extensible, au lieu d'une cicatrisation circulaire, dure et non dilatable.

2° *S'abstenir de l'intubation* et pratiquer la trachéotomie d'emblée dans les cas où l'infiltration sous-glottique est intense. Ce serait sans doute le meilleur moyen préventif des sténoses cicatricielles attribuables au tubage. Malheureusement nous n'avons pas actuellement d'autre moyen d'apprécier le degré d'infiltration sous-glottique que la laryngoscopie ; or celle-ci est le plus souvent impossible chez l'enfant dyspnéique. Pas plus que la vue, le toucher ne saurait nous renseigner à cet égard, et l'on ne peut se fier, pour apprécier le degré d'infiltration, à la sensation éprouvée lors des tentatives d'intubation, car nous avons vu qu'en cas d'infiltration aiguë les tissus très élastiques se laissent distendre sans grande résistance par le tube.

Il n'existe donc pas de moyen de prévenir sûrement la transformation d'une sténose aiguë en sténose chronique.

II. Sténoses chroniques. — Le traitement en est, en général, difficile et fort long, souvent pénible pour le patient et parfois décourageant pour le médecin dont les efforts sont exposés à rester stériles pendant de longues semaines, ou bien à être annihilés par une rechute au moment où le but semblait presque atteint. La patience et la ténacité sont ici des qualités indispensables à l'opérateur et à l'opéré.

Digitized by Google

Il convient de distinguer trois cas, selon le degré du rétrécissement, c'est-à-dire selon qu'il s'agit d'un rétrécissement large, étroit ou infranchissable. On jugera de ce degré, soit au moyen de l'examen laryngoscopique, soit à l'aide du cathétérisme explorateur.

Nous supposons le rétrécissement définitivement constitué depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois.

1° Rétrécissement large. — Un rétrécissement peut être considéré comme relativement large, lorsque le larynx admet un tube d'un calibre inférieur de deux ou trois numéros à celui qui conviendrait à l'âge de l'enfant.

Le diamètre de la sténose étant apprécié approximativement au laryngoscope, on prépare à la fois tout ce qu'il faut pour un tubage et pour une trachéotomie, si celle-ci n'a pas encore été faite : il est en effet à craindre que les tentatives de tubage, si elles échouent, amènent une crise spasmodique nécessitant l'ouverture immédiate de la trachée.

Si le tubage réussit, on laisse le tube en place pendant 24 ou 36 heures; au bout de ce temps on détube l'enfant et on laisse, autant que possible, son larynx au repos pendant deux ou trois heures; ce délai passé on introduit soit un tube de calibre supérieur si possible, soit le même tube et on le laisse encore en place pendant le même laps de temps. On continue ainsi le traitement jusqu'à ce qu'on arrive à passer le tube qui convient à l'âge de l'enfant. A ce moment on espace les séances de tubage et on en réduit plus ou moins la durée, selon la façon dont respire le malade dans leur intervalle. On ne peut établir de règle fixe à cet égard : dans quelques cas, des séances quotidiennes d'une demi-heure à une heure de durée, pendant quinze jours consécutifs, peuvent suffire à amener la guérison, alors que chez d'autres malades il faut un traitement continu pendant 5, 6, 8 mois et plus, pour obtenir un résultat définitif. Dans les cas rebelles il y a parfois intérêt à prolonger le séjour du tube pendant plusieurs jours consécutifs. Dans tous les cas, il ne faut cesser le traitement qu'une fois la certitude acquise que la sténose n'a plus aucune tendance à la reproduction.

Si les tentatives de tubage échouent, l'enfant peut être pris soit immédiatement, soit quelques instants après, de phénomènes asphyxiques exigeant une trachéotomie. On fera celle-ci le plus bas possible, afin que la canule ne mette pas ultérieurement obstacle à l'introduction et au séjour de tubes courts dans le larynx. Une fois l'enfant trachéotomisé, on s'efforcera en effet de le traiter par la méthode précédente.

2° Rétrécissement étroit. — On peut réserver ce nom aux sténoses qui n'admettent pas le passage des tubes usuels et qui ne se laissent franchir que par des cathéters de faible diamètre, ou des bougies filiformes. Ces sténoses nécessitent naturellement la trachéotomie et celle-ci est déjà faite quand se pose la question de la dilatation du rétrécissement.

Deux procédés sont en présence : le cathétérisme direct, ou de haut en bas, et le cathétérisme rétrograde, de bas en haut.

A. — *Cathétérisme de haut en bas.* — Nous employons le procédé de Schroetter, légèrement modifié et rendu applicable aux enfants trachéotomisés. Il s'agit d'un *bougirage* ou d'un *calibrage* du larynx par les voies naturelles : ce procédé nous a réussi dans trois cas.

Instrumentation. — Elle se compose de tiges pleines convenablement courbées et graduées, et d'une canule spéciale.

Les tiges dilatatrices sont au nombre de sept; la plus fine a un diamètre de deux millimètres, la plus volumineuse un diamètre de cinq millimètres; les autres ont des grosseurs intermédiaires et diffèrent régulièrement entre elles de un demi-millimètre. Elles sont faites de métal blanc nickelé : elles sont donc rigides, et non flexibles, comme les bougies uréthrales de Béniqué, dont elles rappellent la forme et l'usage. Il faut en effet un certain effort pour les faire pénétrer dans le larynx et elles risqueraient de se déformer si elles étaient malléables. Elles sont pleines, et non creuses comme les sondes de Schroetter : il est en effet inutile qu'elles donnent passage à l'air, puisque l'enfant respire par sa canule trachéale; de plus leur faible diamètre ne permettrait de les creuser qu'aux dépens de leur résistance.

Rectilignes dans leurs deux tiers postérieurs, elles présentent, dans leur tiers antérieur, une courbure à grand rayon analogue à celle de tous les instruments destinés à être introduits dans le larynx. Elles sont cylindriques sur toute leur longueur, mais leur extrémité laryngée est façonnée en cône émoussé.

Elles s'adaptent à un manche commun dans lequel on les fixe à l'aide d'une vis à pression. Pour être bien en main, ce manche doit être un peu fort et plus pesant que la tige elle même.

La canule à cathétérisme a la forme générale d'une canule à trachéotomie ordinaire, mais présente les particularités suivantes :

a) Elle est largement évidée sur sa partie convexe, à un centimètre et demi environ de son orifice externe, de façon à ce que le cathéter introduit dans le larynx puisse descendre dans la canule; l'orifice

Digitized by Google

ainsi créé doit avoir au moins la largeur du plus gros cathéter ;

b) Comme cet évidement affaiblit notablement la résistance de l'instrument qui risquerait de se briser et de tomber dans la trachée, ses parois doivent avoir une épaisseur double de l'épaisseur ordinaire ;

c) Elle n'est pas munie d'une canule interne.

Outre ces instruments spéciaux, préparez, d'une part, une source lumineuse (lampe, gaz, électricité) et un miroir frontal réflecteur, de l'autre de petits miroirs laryngiens.

Opération. — Commencez par substituer à la canule trachéale que porte habituellement l'enfant, la canule fenêtrée qui vient d'être décrite et montez sur le manche un cathéter de calibre moyen.

L'enfant étant alors placé dans la position laryngoscopique et maintenu par un aide, si cela est nécessaire, faites-lui ouvrir la bouche, saisissez sa langue de la main gauche munie d'une compresse, et éclairez la paroi postérieure de son pharynx comme si vous alliez pratiquer la laryngoscopie.

Deux cas peuvent se présenter selon que, dans ces conditions et sans le secours du miroir laryngien, l'épiglotte est ou non accessible à la vue.

a) Si l'épiglotte est visible, saisissez de la main droite la sonde préparée à l'avance et portez son extrémité en arrière de l'épiglotte ; ramenez l'instrument à vous de façon à ce qu'il vienne au contact de celle-ci : faites alors descendre rapidement le cathéter dans le larynx, en suivant la face postérieure de l'épiglotte.

b) Si l'épiglotte n'est pas visible, deux moyens s'offrent à vous pour pénétrer dans le larynx :

1° Portez l'instrument dans le fond de la gorge et titillez avec son extrémité la paroi postérieure du pharynx ; vous provoquez ainsi un réflexe nauséeux et par conséquent une élévation du larynx ; profitez du court instant où l'épiglotte se montre à vous pour exécuter la manœuvre précédemment décrite ;

2° Si vous échouez par ce procédé, faites tenir la langue de l'enfant par un aide ; de votre main gauche devenue libre introduisez dans la gorge un miroir laryngoscopique, au moyen duquel vous vous guidez pour faire pénétrer la sonde dans le larynx.

Le cathéter étant entré dans le larynx, maintenez-le, lui et son manche, exactement dans le plan médian, pour éviter toute fausse route et tentez de franchir le rétrécissement par une pression progressive, mais qui doit rester modérée. Il n'y a qu'un signe de certitude de la pénétration de la sonde au-delà du rétrécissement, c'est la vue de l'extrémité de la tige métallique dans la lumière de la canule, où elle sera descendue, le plus, souvent, après un brusque ressaut. Maintenez-la en place quelques secondes, une minute si possible, selon la tolérance de l'enfant, et retirez-la.

Si vous échouez, recommencez l'opération avec le cathéter de numéro immédiatement inférieur et ainsi de suite jusqu'à ce que vous réussissiez. Si vous passez aisément, tentez de faire passer la sonde de calibre immédiatement supérieur. Le cathétérisme exécuté, retirez la canule fenêtrée et remettez en place la canule ordinaire.

Dans les séances suivantes, il faut chercher à passer des sondes de plus en plus grosses. Ces séances devront être répétées tous les jours, ou tous les deux jours, jusqu'à ce que le larynx admette les sondes les plus volumineuses, ce qui demandera un temps pouvant varier de quelques semaines à plusieurs mois. Le plus souvent la dilatation ne se fait que fort lentement et il faut quelquefois plusieurs semaines avant d'arriver à passer la sonde d'un numéro immédiatement supérieur.

D'ailleurs le passage d'une grosse sonde n'indique pas toujours que le rétrécissement est dilaté : *a priori* il signifie seulement que celui-ci est dilatable. En effet les tissus infiltrés présentent souvent une consistance élastique qui leur permet de se laisser refouler aisément par la sonde, mais à peine celle-ci est-elle retirée que les bourrelets d'infiltration reprennent leur volume primitif ; l'orifice momentanément agrandi par la présence de la tige dilatatrice se resserre immédiatement, comme le ferait une bague élastique.

Lorsqu'on a obtenu une dilatation suffisante pour que le larynx admette un tube, même d'un numéro très inférieur à celui que comporterait normalement l'âge de l'enfant, il y a avantage à substituer le tubage au calibrage : on se trouve en effet dans les conditions d'un rétrécissement large, justiciable du traitement par l'intubation ; les progrès sont alors plus rapides et l'on peut ainsi, en quelques semaines, obtenir une dilatation qui permettra de tenter bientôt le décanulement.

B. — *Cathétérisme de bas en haut.* — Lorsqu'on ne réussit pas à passer des sondes métalliques par les voies naturelles, soit en raison de l'étroitesse extrême du trajet, soit par manque d'habileté, on a la ressource du cathétérisme rétrograde.

Ici, on ne peut plus guère employer de sondes rigides, pour deux raisons :

a) Pour que la sonde prenne la direction du conduit laryngé, le manche doit être abaissé vers le sternum : dans cette position elle déprime l'angle inférieur de la plaie cervicale et comprime la trachée, d'où cyanose de l'enfant et menace d'asphyxie.

b) Lorsqu'on peut éviter cet inconvénient et faire pénétrer une tige rigide dans la région sous-glot-

Digitized by Google

tique sans provoquer une trop grande dyspnée, il est difficile de savoir si l'on a ou non doublé le rétrécissement; le plus souvent le larynx est soulevé par l'instrument sans que celui-ci franchisse la sténose.

Le cathétérisme rétrograde avec des sondes molles et flexibles est, au contraire, assez bien supporté par l'enfant; la sonde peut être poussée sans inconvénient jusque dans le pharynx où la vue de son extrémité est la preuve de son passage dans le larynx.

Ce mode de traitement convient surtout aux rétrécissements extrêmement serrés et par conséquent lentement dilatables. Pour obtenir des progrès plus rapides, il y a avantage à combiner ce cathétérisme avec l'introduction de tiges dilatatrices de laminaire selon le procédé de Corradi (1).

Instrumentation. — Elle est très simple : deux ou trois bougies uréthrales en gomme, de calibre inégal, mais petit; des tiges de laminaire de faible diamètre conservées dans de l'éther iodoformé, de la soie à ligature, un abaisse-langue et une pince, enfin une canule trachéale présentant sur sa convexité, à un centimètre et demi de son ouverture supérieure, un orifice de deux à trois millimètres de large, à bords mousses et non coupants.

L'une des tiges de laminaire, du diamètre présumé du rétrécissement, et de trois à quatre centimètres de long, selon l'âge de l'enfant et le siège plus ou moins élevé de la plaie trachéale, est munie, à chacune de ses deux extrémités, d'un fil de soie de vingt centimètres de longueur qu'on fixe solidement sur la tige munie à cet effet, soit d'un orifice, soit d'un petit sillon circulaire.

Si l'enfant est indocile, comme c'est le cas le plus fréquent, il vaut mieux opérer sous le chloroforme.

Opération. — Enlever la canule à trachéotomie et introduire de bas en haut, par l'orifice trachéal, une bougie dans le larynx; après quelques tâtonnements on arrive à franchir la sténose; on pousse alors la bougie jusque dans le pharynx où l'on va saisir son extrémité en s'aidant de l'abaisse-langue et de la pince. A cette extrémité ramenée hors de la bouche on attache un long fil et l'on retire la bougie : le fil ainsi entraîné prend la place de cette dernière; l'une de ses extrémités sort de la bouche, l'autre de la plaie trachéale. Il va servir à l'introduction de la laminaire dans le larynx.

A son extrémité trachéale on attache l'un des cordons de soie auxquels est fixée la laminaire; puis, tirant sur son extrémité buccale d'une main, pendant qu'on guide la tige dilatatrice de l'autre, on engage celle-ci dans le rétrécissement; on cesse toute traction dès que la partie inférieure de la tige a disparu dans l'angle supérieur de la plaie trachéale. La laminaire et ses deux cordons ont pris à leur tour la place du fil. Il reste à fixer cette tige en place. A cet effet, introduisez dans le trou de la convexité de la canule spéciale, et faites sortir par l'ouverture de celle-ci, le cordon de soie trachéal, mettez cette canule en place et tirez doucement sur le cordon jusqu'à ce qu'il se tende et que vous sentiez une résistance : à ce moment la laminaire vient butter contre la canule, qui l'empêche de descendre plus bas. Fixez le cordon au bouton du pavillon de la canule. Cette fixation peut suffire à la rigueur, mais pour plus de sécurité et surtout pour plus de facilité à retirer ensuite la tige dilatatrice, conservez le cordon buccal que vous fixerez, soit au pavillon de l'oreille, soit à la joue avec un morceau de diachylon.

La laminaire est laissée en place de six à douze heures.

L'opération, répétée plusieurs fois de suite à quelques jours d'intervalle, en ayant soin d'introduire des tiges de laminaire de plus en plus volumineuses, permet d'obtenir une dilatation assez rapide qu'on aura à achever par le calibrage ou le tubage.

Il peut arriver, comme ce fut le cas de l'une de mes malades, que la sténose soit si serrée qu'on éprouve dans la première séance une impossibilité absolue à faire pénétrer une tige de laminaire. Je me suis trouvé bien, dans ce cas, de laisser en place la bougie filiforme qui avait pu franchir le rétrécissement, en assurant sa fixité par une ligature réunissant ses deux bouts, buccal et trachéal : la canule ayant été remise en place sans difficulté en raison du petit diamètre de la bougie, l'enfant toléra fort bien ce bougirage prolongé; au bout de quarante-huit heures je pus substituer à la bougie précédente une bougie plus volumineuse, et, deux jours plus tard, je pus enfin introduire une tige de laminaire.

Ces différents procédés de dilatation ne sont malheureusement pas constamment efficaces. Il arrive qu'une fois un certain degré de dilatation obtenu, le rétrécissement se refuse à tout nouvel élargissement. Il ne reste plus qu'une ressource, c'est la laryngofissure; peut-être cependant, chez un enfant déjà âgé et docile, pourrait-on essayer de l'électrolyse qui seule m'a permis de décanuler, au bout de seize ans, un jeune homme de 19 ans, trachéotomisé depuis l'âge de 3 ans.

3° Rétrécissement infranchissable. — Lorsqu'on ne peut arriver à passer la plus petite sonde, soit de haut en bas, soit de bas en haut, il faut en conclure

(1) C. Corradi. Considérat. sur les sténoses du larynx. Nouvelle méthode de dilatation (*Ann. des mal. de l'oreille.* 1895, vol. 21, p. 222).

Digitized by Google

que la région cricoïdienne est totalement comblée par des tissus de nouvelle formation.

Dans les cas les plus heureux, mais les plus rares, il s'agit d'une simple cloison membraneuse transversale plus ou moins mince. L'indication est alors d'inciser la membrane avec un bistouri laryngien à lame cachée, introduit dans le larynx sous le contrôle du miroir. Un orifice étant ainsi créé, le rétrécissement devient franchissable et par conséquent justiciable du traitement par les procédés ci-dessus décrits.

Le plus souvent on a affaire à un rétrécissement fibreux, à une oblitération de la région hypoglottique, sur toute ou presque toute sa hauteur.

Il y a deux procédés pour lever l'obstacle : la laryngofissure ou la résection du cricoïde.

A. — La *laringofissure* consiste à fendre verticalement le thyroïde et le cricoïde exactement sur la ligne médiane, de façon à ne pas blesser les cordes vocales, puis à exciser, soit à l'aide d'un bistouri ou de fins ciseaux courbes, soit au moyen d'une pince emporte-pièce (pince de Martin), toute la néoplasie fibreuse ou fibro-cartilagineuse. Il faut ainsi s'attacher à refaire un canal artificiel sur une hauteur qui peut atteindre un centimètre ou un centimètre et demi, opération d'ordinaire très délicate, car on se trouve forcé de sculpter au hasard en plein tissu fibro-cartilagineux, sans aucun indice permettant de reconnaître les limites des tissus sains et des tissus pathologiques.

L'obstacle étant levé, il faut en prévenir la reproduction. A cet effet, on place dans le trajet de nouvelle formation un tube de calibre proportionné aux dimensions du larynx et par dessus lequel on suture ensuite le cartilage, puis les parties molles. Comme tube, on a le choix entre :

a) Un tube à intubation ordinaire (Bokay) qui sera plus tard extrait par la voie buccale : il présente l'inconvénient d'être exposé à être rejeté par l'enfant avant le temps fixé ; or une réintubation par la voie buccale peut être impossible ou compromettre le succès de la suture cartilagineuse.

b) Une canule courbe analogue à une canule trachéale, mais plus courte et renversée de façon à être introduite de bas en haut dans le larynx par l'orifice trachéal ; l'extrémité supérieure de la canule doit dépasser le niveau du point rétréci ; son extrémité inférieure, taillée en biseau, vient reposer sur la canule trachéale, à la façon d'un cavalier sur une selle ; elle est munie d'une demi-plaque qui se raccorde à la plaque de la canule trachéale. Tel est le modèle que j'imaginai pour un enfant dont j'ai rapporté l'histoire au Congrès de Moscou ; elle donna d'ailleurs, dans ce cas, un mauvais résultat ; de Ponthière (1) qui en a depuis imaginé une analogue, en aurait obtenu un résultat plus satisfaisant. Le principal inconvénient de cet appareil est le suivant : fabriquée à l'avance, la canule a rarement le diamètre, la forme, la courbure voulus ; faisant corps avec la canule trachéale, qui assure sa fixité, elle exerce constamment des tiraillements sur les parties dont elle est chargée d'assurer la bonne cicatrisation.

c) Un tube de verre rectiligne (2), muni à sa partie moyenne d'une anse également en verre, qui sort par la plaie trachéale et maintient l'appareil en place (Mikulicz) : il faut ultérieurement agrandir l'ouverture trachéale pour sortir le tube.

d) Un simple tube de caoutchouc à parois très épaisses et résistantes me paraît préférable. Les tubes de caoutchouc amianté, à lumière très fine et à parois par conséquent très épaisses, dont on se sert communément pour les appareils à injection de sérum, conviennent très bien à cet usage : ils ont l'avantage de pouvoir être stérilisés par séjour dans l'eau bouillante. Il est facile d'en préparer plusieurs de diamètres différents, afin de choisir au moment voulu celui qui s'adapte le mieux au calibre du larynx opéré ; de même on lui donne aisément sur place la longueur voulue. Afin de permettre ultérieurement son extraction, son extrémité inférieure doit venir faire issue par la plaie trachéale ; pour qu'il n'obture pas celle-ci et pour qu'il ne s'oppose pas à l'introduction de la canule, on a soin de tailler en biseau très allongé ses deux ou trois centimètres inférieurs : cette partie ainsi amincie se coude très facilement à angle droit et n'occupe qu'une petite place dans l'angle supérieur de la plaie trachéale, où elle se couche sur la convexité de la canule sans gêner son passage. Pour plus de sécurité, un fil de soie est attaché à l'extrémité inférieure du tube, et fixé à la peau du cou avec une couche de collodion.

Ce tube souple a l'avantage sur les tubes rigides de se modeler sur les parties et de s'adapter de lui-même à leur courbure.

Pendant combien de temps faut-il laisser en place ce tube conformateur ? Le plus longtemps possible, en tout cas pendant un mois au minimum. Une fois le tube retiré, surveiller le larynx, et si la sténose a tendance à se reproduire, recourir au calibrage ou au tubage. Quoi qu'on fasse, en effet, la région sous-glottique tend presque toujours à se rétrécir de nouveau, bien qu'à un degré moindre ; aussi certains malades ont-ils dû subir la laryngofissure à plusieurs reprises. Pour prévenir la reproduction de la sténose,

(1) L. de Ponthière. Sténose laryngée totale chronique (*Ann. des mal. de l'oreille*, etc. 1900, vol. 26, p. 513).

(2) W. Kuemmel. Die Behandl. von Verengerungen des Kehlk. u. der Luftroehre mit glæsernen Schornsteincanülen nach Mikulicz (*Arch. f. Laryngolog.* 1896, Bd. IV. S. 72).

Digitized by Google

Chiari a eu l'idée d'appliquer sur la plaie intralaryngée une greffe de Thiersch, afin de recouvrer rapidement la perte d'épithélium consécutive à l'excision des tissus atrésiants : la difficulté est de maintenir cette greffe et de la faire prendre.

B. — La *résection du cricoïde*, c'est-à-dire l'ablation simultanée des parties obturées et des parties obturantes, est la dernière ressource dans les cas où le rétablissement du canal laryngé au cours de la laryngofissure échoue ou paraît impraticable. Cette résection faite, on suture le segment restant du larynx à la trachée (1).

Nous nous contentons de mentionner cette opération, au sujet de laquelle nous n'avons aucune expérience personnelle, mais qui paraît rationnelle à priori.

Soins consécutifs. — Quel que soit le mode de traitement employé, il faut savoir que, même en cas de dilatation en apparence très suffisante, l'enfant reste pendant longtemps exposé à des crises de dyspnée laryngée. Les tissus de la zone rétrécie conservent en effet, pendant encore de longs mois une grande tendance à s'œdématier ou à s'infiltrer sous l'action de la moindre irritation ; c'est ainsi que le passage d'une sonde dilatatrice est presque toujours suivi, comme on peut s'en assurer de visu au laryngoscope, de la production d'un œdème qui fait doubler le volume du bourrelet fibreux constituant le rétrécissement.

Or un rhume, une laryngo-trachéite même légère, la rougeole, la coqueluche, peuvent amener ce résultat. Il est même certainement des cas où un accès de suffocation laryngée survenant à l'occasion d'une de ces maladies, est le premier signe révélateur d'un rétrécissement sous-glottique ancien, mais assez léger jusqu'alors pour n'avoir pas manifesté son existence.

Le danger de ces crises de sténose aiguë au cours d'un rétrécissement même large ou déjà fortement dilaté, doit mettre en garde contre une ablation trop précoce de la canule trachéale. Une fois celle-ci enlevée, il faut se tenir prêt à parer par le tubage ou la remise en place de la canule à tout accès de suffocation.

L'enfant étant décanulé, il est rare que la plaie cervicale se ferme complètement d'elle-même, en raison de son ancienneté et de la cutanisation de ses bords. Il reste le plus souvent une fistule présentant deux inconvénients ; elle donne passage, surtout à l'occasion des secousses de toux : a) à des mucosités qui souillent le linge ; b) à un mince filet d'air qui entre ou sort en sifflant, bruit révélateur d'une véritable infirmité. Rien de plus facile que d'obturer la fistulette en décollant et avivant ses bords latéraux et en les suturant sur la ligne médiane. Cette opération peut sans inconvénient être différée jusqu'à l'époque où la guérison de la sténose sera confirmée.

Conduite générale et résultats du traitement. — En ce qui concerne la conduite générale du traitement, nous considérons que, si l'on n'a rien obtenu d'appréciable au bout d'un an de calibrage ou de tubage méthodique et régulièrement pratiqué, il n'y a rien à espérer désormais des tentatives de dilatation.

Dans ces conditions, malgré les résultats médiocres en général, donnés par la laryngofissure, on doit tenter cette opération sans attendre davantage : c'est la seule chance qu'on ait de pouvoir décanuler l'enfant. Différer l'opération, la remettre à deux ou trois ans plus tard, c'est aller presque sûrement au-devant d'un échec ; car c'est s'exposer, surtout en cas d'oblitération totale, à trouver à cette époque un larynx atrésié par défaut de fonctionnement, arrêté dans sa croissance et qui, même si on réussissait à le rendre perméable, serait toujours trop étroit pour laisser pénétrer dans les poumons normalement développés de l'enfant l'air dont il a besoin.

De cet exposé, il est facile de conclure que le pronostic des sténoses sous-glottiques est très sombre, et cela pour plusieurs raisons : le traitement en est presque toujours fort long ; l'enfant qui doit rester trachéotomisé pendant de longs mois, ou même de longues années, est exposé à de graves complications pulmonaires ; une de mes petites malades a succombé en quelques minutes avec des phénomènes d'asphyxie inexpliqués, la canule trachéale étant largement perméable au moment de la crise. Les résultats du traitement sont des plus aléatoires : il échoue complètement dans la moitié des cas environ (je parle de rétrécissements sous-glottiques chroniques, définitivement constitués, et non de sténoses plus ou moins légères et douteuses qu'on peut observer dans les premiers jours qui suivent un détubage ou un décanulement, et qui disparaissent soit d'eux-mêmes, soit à la suite d'un nouveau tubage). Dans les autres cas, les résultats sont rarement parfaits : la voix est le plus souvent altérée, elle est rauque ou voilée, parfois discordante, en raison des traumatismes éprouvés par les cordes vocales, soit lors du passage répété des sondes ou des tubes, soit lors de la thyrotomie. La respiration est plus ou moins bonne selon le degré de dilatation obtenu : un seul de nos malades guéris, sur quatre que nous avons pu suivre pendant plusieurs années après le décanulement, a recouvré une respiration absolument normale ; les autres res-

(1) Th. Gluck. La chirurgie moderne du larynx (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1900, vol. 26, p. 437.

Digitized by Google

pirent tranquillement et sans bruit à l'état de repos, mais à la moindre animation, au moindre effort, ils sont essoufflés et cornent très légèrement, indice non douteux que leur larynx n'a pas recouvré toute sa perméabilité.

A cet égard, nous avons cru constater que pour juger du degré de dilatabilité d'un rétrécissement, il faut plutôt tenir compte de la longueur de son trajet, que du diamètre de sa lumière : un rétrécissement membraneux, si serré soit-il, est plus facile à dilater qu'une sténose modérée, mais portant sur toute la hauteur du cricoïde. En d'autres termes, l'étroitesse d'un rétrécissement est d'un pronostic moins grave que sa grande étendue en hauteur (1).

Formulaire du Praticien

Traitement de la diarrhée des enfants allaités artificiellement. — Chez les enfants, il faut remplacer le biberon à tube par le biberon sans tube, le lait ordinaire par le lait stérilisé. Le lait doit être coupé avec de l'eau bouillie sucrée, s'il n'est pas digéré pur, il faut, au besoin, le remplacer par du lait d'ânesse, du lait humanisé ou peptonisé. L'eau de chaux, l'eau de Vichy doivent être essayées.

Dans les diarrhées graves, voici la ligne de conduite préconisée par M. Comby (*Formulaire de poche pour les maladies des enfants*. Un vol. Paris 1902) : Diète aqueuse pendant six, douze, vingt-quatre heures. Eau pure, eau d'Evian, de Soultzmatt. La décoction de céréales, la décoction blanche de Sydenham, l'eau de riz peuvent servir à réaliser la diète hydrique. Comme remède, Hayem a préconisé l'acide lactique :

Acide lactique	2 grammes.
Sirop de framboises	30 —
Eau distillée	100 —

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

On donne de la même façon les potions suivantes :

Acide chlorhydrique	0 gr. 25
Sirop de gomme	30 grammes.
Eau distillée	100 —

Salicylate de bismuth	2 grammes.
Sirop de grande consoude	30 —
Eau de chaux	60 —

Agiter avant de s'en servir.

Extrait de ratanhia	1 gramme.
Elixir parégorique	X gouttes.
Sirop de coings	20 grammes.
Décoction de riz	60 —
Extrait de bois de campêche	4 grammes.
Teinture de cachou	8 —
Sirop simple	10 —
Eau de fenouil	35 —

Une cuillerée à café trois fois par jour (West).

Sous-nitrate de bismuth	2 grammes.
Laudanum de Sydenham	I goutte.
Cognac	10 grammes.
Sirop de coings	20 —
Eau bouillie	50 —

Agiter avant de s'en servir.

Laudanum de Sydenham	I goutte.
Sirop de cachou	25 grammes.
Eau de chaux	20 —
— de menthe	40 —

(Archambault).

Le Dr Saint-Philippe a vanté l'antipyrine :

Antipyrine	0 gr. 50
Sirop de fleurs d'oranger	ãã 50 grammes
Eau de tilleul	

Cinq à six cuillerées à café par jour.

On peut encore donner le dermatol, le salol, le bétol, le benzonaphtol, le calomel à doses fractionnées, le tannigène, la tannalbine, etc.

Dermatol	0 gr. 25
Julep gommeux	60 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

Salol	0 gr. 50
Sucre en poudre	5 grammes.

Faire dix paquets, un toutes les heures, dans une cuillerée à café de lait.

Tannigène ou tannalbine	0 gr. 25

Pour un paquet, en donner trois à quatre par jour, dans une cuillerée de lait, d'eau sucrée, de miel, de sirop, etc.

On peut prescrire un lavement à garder ainsi composé :

Laudanum	I goutte.
Eau de chaux	10 grammes.
Décoction de riz	40 —

S'il y a tendance au collapsus et à l'algidité, frictions stimulantes, bains chauds sinapisés, grog, thé au rhum, injections sous-cutanées de sérum artificiel (50, 100 gr. à la fois).

On isolera les enfants atteints de diarrhée infectieuse et on désinfectera leurs selles.

Quand la diarrhée présente les caractères du choléra infantile, il faut tout de suite instituer la diète hydrique et les injections de sérum. L'eau bouillie, la décoction blanche de Sydenham, l'eau albumineuse fraîche, le bouillon dégraissé, la potion de Rivière peuvent être donnés, mais il faut s'abstenir de lait. On peut faire le lavage de l'estomac avec une sonde de Nélaton en cas de vomissements.

Barthez et Rilliet ont employé avec succès le nitrate d'argent.

Les lavements d'eau salée (1 gr. de chlorure de sodium pour 200 gr. d'eau bouillie) sont à essayer. Inhalations d'oxygène.

(1) Voir dans le précédent numéro le Diagnostic des Sténoses sous-glottiques.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la stase gastrique avec hypersécrétion par le tubage évacuateur, sans lavage, suivi d'injection de poudre de viande. — Le syndrome de Reichmann est un de ceux qui se rencontrent le plus souvent en pathologie gastrique. Les malades accusent des douleurs tardives, parfois d'une intensité très grande ; elles sont momentanément calmées par l'ingestion d'aliments, de boissons et d'alcalins. Le matin, à jeun, on trouve dans l'estomac une quantité de liquide relativement peu considérable, ne dépassant pas 200 à 300 cent. cubes. Le plus souvent, on ne peut extraire que 60 à 120 ou 150 cent. cubes ; peu ou pas de détritus alimentaires.

Le repas d'épreuve permet de constater la sécrétion exagérée d'un liquide hyperchlohydrique ; le liquide de stase renferme presque toujours une quantité notable d'HCl libre.

Les malades ont conservé de l'appétit, quelquefois même ils sont tourmentés par la faim ; mais très souvent, ils n'osent manger de peur de crises douloureuses qui marquent la fin de la période de digestion stomacale. Ils s'amaigrissent, s'affaiblissent, deviennent nerveux et irritables, et leurs douleurs en deviennent plus intenses encore.

M. A. Mathieu a traité avec succès un certain nombre de ces malades par le tubage évacuateur, suivi d'injection de poudre de viande. Voici en quoi consiste le procédé (*Soc. de Thérap.*, 23 oct.) :

La sonde est introduite chaque matin, à jeun de préférence. On évacue aussi complètement que possible le contenu de l'estomac en suivant la technique indiquée pour l'extraction des repas d'épreuve. On pourra, si la bouillie stomacale est trop épaisse, si elle existe en trop grande quantité, faire un petit lavage (un litre au plus en trois ou quatre fois). Dans le cas de fermentations excessives, il sera bon de faire usage d'une solution de salicylate de soude à 3 0/00.

Au bout de 3 ou 4 jours, on se contentera d'évacuer le liquide de stase par expression, par aspiration au besoin, mais sans faire de lavage.

Cependant, si, contrairement à ce qui se produit d'habitude, une amélioration sensible ne se produisait pas après quelques jours de ce traitement, on pourrait faire un ou deux petits lavages par semaine.

Dès le début du traitement, on fera suivre immédiatement l'évacuation du liquide de stase d'un gavage à la poudre de viande pure, non additionnée de malt ou de substances analogues. On commencera par 60 gr. de poudre de viande soigneusement délayée dans 300 cent. cubes de lait. On augmentera chaque jour progressivement la quantité de poudre et de lait, pour arriver à 100 gr. de poudre et 400 cent. cubes de lait.

Pendant la durée de ce traitement, tout au moins au début, les malades seront soumis à un régime sévère. En cas de douleurs intenses, avec stase abondante, on prescrira le régime lacté absolu. Dans les cas où les phénomènes douloureux sont moins marqués, on pourra y adjoindre des potages au lait et des œufs.

On prescrira en même temps, s'il y a lieu, les alcalins à haute dose (bicarbonate de soude 20 gr. et magnésie 5 gr.) par demie ou par cuillerée à café au début du traitement.

Suivant les résultats obtenus, on pourra modifier le régime tout en continuant le traitement, qu'il sera nécessaire de prolonger quelquefois pendant plusieurs mois, avant de permettre au malade de revenir à un régime plus ou moins voisin du régime ordinaire.

On se guidera pour la durée du traitement non plus sur l'absence de phénomènes douloureux, puisque ceux-ci disparaissent en général dès le début, mais sur les modifications du liquide de stase, comme qualité et quantité, et sur l'état général du malade.

Influence de la médication alcaline sur les variations de quelques échanges. — D'après les expériences de MM. Dalché et Carteret, l'emploi du citrate de soude (5 gr. à chaque repas) ou du bicarbonate de soude (4 gr. à chaque repas), provoque d'une façon passagère ou permanente une légère polyurie, de la diminution de l'urée, de l'augmentation des phosphates et des chlorures. (Soc. de thérap., 23 oct.).

Cette réduction du chiffre de l'urée sous l'influence des alcalins, a conduit M. Dalché à essayer cette médication dans le diabète ; il a pu constater que 10 gr. de citrate de soude par jour faisaient baisser le taux de l'urée chez un malade atteint de diabète azoturique ; tandis que le même sel, chez plusieurs diabétiques ordinaires a fait diminuer le sucre dans de très notables proportions.

Digitized by Google

DERMATOLOGIE

La question des séborrhées. — Créé en 1840, par Fuchs, de Goettingen, le mot *séborrhée* servait à désigner, dans l'esprit de son auteur, un flux graisseux ayant pour origine les glandes sébacées. Depuis Fuchs, ce mot a été détourné à plusieurs reprises de son sens primitif, qui était exact, pour être appliqué ou plutôt attribué à tort à un flux de même nature qui aurait pour origine les glandes sudoripares (Unna), ou même à des processus épidermiques qui n'ont aucun rapport avec les séborrhées, à savoir les pityriasis.

M. Galletti (*Th. de Paris*, 1901), après avoir fait un exposé historique et doctrinal très complet de cette question, aborde les récentes recherches de Sabouraud, qui aboutissent à une conception d'ensemble des *maladies séborrhéiques*, à une synthèse de la séborrhée basée sur la démonstration d'un microbe pathogène commun.

La première manifestation de la séborrhée sur l'organisme, celle qui précède toujours les autres, d'une façon apparente ou non, c'est le flux huileux apparaissant sur la surface tégumentaire, et provenant toujours d'un follicule primordialement habité par le micro-bacille séborrhéique. Les localisations premières du micro-bacille sont toutes situées sur la ligne axiale du corps, constituant des centres séborrhéiques, dont le plus net, mais non le premier en date, est le centre du vertex dessiné par la calvitie vulgaire. Cette séborrhée n'a que deux symptômes : l'hypersécrétion des glandes sébacées et la chute du poil occupant le follicule infecté. L'éjection perpétuelle de sébum par l'orifice pilo sébacé ensemence le microbe à la surface des autres follicules, et c'est ainsi que la séborrhée fait tache d'huile.

Cette séborrhée, primitive, a des séquelles directes et indirectes, auxquelles elle est toujours antérieure. Les premières sont constituées par l'acné polymorphe : dans certains follicules, la colonie micro-bacillaire irrite l'épiderme du canal pilo-sébacé, produit des exfoliations lamelleuses superposées qui constituent le comédon, lequel, à son tour, soit par développement excessif de sa colonie, soit par l'adjonction de microbes d'infection secondaire, devient le point de départ de l'acné polymorphe. Les séquelles indirectes sont dues à des infections variables surajoutées à l'infection micro-bacillaire primitive : telles sont l'acné furonculeux, l'acné cheloïdienne, l'acné nécrotique, et probablement aussi le molluscum contagiosum de Bateman.

Quant aux divers pityriasis, et à l'eczéma séborrhéique de Unna, ce sont des épiphénonèmes surajoutés à la séborrhée, ce sont des maladies sur-séborrhéiques, comme les dénomme Sabouraud.—B. H.

Les dermatoses linéaires. —.De trois cas originaux qu'il rapporte, et de sept autres cas qu'il a trouvés dans la littérature médicale, M. Grelault (*Th. Paris*, 1901, tire les conclusions suivantes, au sujet de la pathogénie et de l'étude clinique des dermatoses linéaires.

Les dermatoses linéaires nommées encore dermatoses en ruban ou en tœnia (Fournier), sont toujours dirigées suivant l'axe du membre ; le ruban est le plus souvent rectiligne, avec de légères sinuosités. Ce ruban n'est en relations ni avec le trajet d'une veine ou d'une artère, ni avec le trajet d'un nerf périphérique, ni avec la zone de distribution d'un tel nerf. Dans certains cas, la dermatose paraît obéir dans sa distribution aux lignes de Voigt, c'est-à-dire aux lignes formant les limites de deux territoires nerveux voisins. Mais la disposition la plus fréquemment rencontrée, celle qui paraît la plus rationnelle, et à laquelle se rallie l'auteur, est la disposition métamérique.

Quant à la nature de ces dermatoses linéaires, elle paraît être très variable : tantôt ce sont des nœvi, tantôt des éléments typiques de lichen plan, tantôt des psoriasis ; un cas récent du Pr Fournier montre que la syphilis peut également être un facteur d'éruptions linéaires. Fait important pour le diagnostic.-B.H.

CHIRURGIE

Lymphangite du sein et galactophorite. — Ces deux formes d'infection confondues dans certains cas, sont cependant différentes au point de vue clinique, pronostic et thérapeutique, comme le montre M. Maygrier (l'Obstétrique 1901).

La lymphangite débute par un frisson avec élévation de température que suivent la douleur, et une rougeur diffuse du sein avec adénite axillaire.

Dans la galactophorite, on observe aussi de la fièvre et de la douleur, mais ce qui la caractérise c'est une induration d'un ou plusieurs lobes mammaires et surtout l'écoulement de pus mélangé au lait lorsqu'on presse le sein.

Tandis que la lymphangite est une affection bénigne, courte, se terminant toujours par résolution, la galactophorite est plus grave, car elle peut aboutir à un abcès du sein et se compliquer de mastite ; notons qu'on peut éviter ces complications en faisant dès le début de l'expression mammaire.

Dans les deux affections, la continuation de l'allaitement avec le sein malade est dangereuse pour l'enfant, qui ingère des microbes pouvant déterminer de l'infection gastro-intestinale. Dans la galactophorite, le pus s'écoulant par le mamelon expose l'enfant à une série d'accidents tels que ; conjonctivite, otite,

Digitized by Google

abcès, etc. ; on a signalé même la galactophorite du nouveau-né lui-même, mais c'est là une exception.

L'asepsie la plus minutieuse du sein chez la nouvelle accouchée permet d'éviter ces deux affections ; elle consiste à laver et savonner le sein de toute femme qui vient d'accoucher et à le recouvrir de compresses stérilisées recouvertes de taffetas et d'ouate, maintenues par un bandage de corps. Les mamelons seront lavés avant et après chaque tétée avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans l'eau boriquée tiède. Il faudra veiller aussi à la propreté des mains de la mère et de la garde, à l'asepsie de la bouche du bébé, enfin à la propreté du linge et des objets de pansement ; tout cela constitue le traitement prophylactique.

S'il se produit des gerçures et des crevasses, les applications de compresses imbibées d'eau alcoolisée, et les badigeonnages avec la teinture alcoolique à saturation en viendront généralement à bout.

Toute femme atteinte de galactophorite doit être isolée et soignée par une infirmière spéciale. L'enfant sera sevré du sein malade et ce n'est que plusieurs jours après la disparition du pus, qu'on pourra lui donner les deux seins.

Le traitement de la lymphangite est des plus simples : des applications de compresses trempées dans l'eau boriquée tiède, des pulvérisations chaudes amènent rapidement la cessation de la douleur et de la rougeur.

Les mêmes moyens calment la douleur dans la galactophorite, mais il faut faire plus et recourir d'emblée à l'expression du sein recommandée par Budin et qu'on répètera plusieurs fois par jour jusqu'à disparition du pus ; cette manœuvre parfois très douloureuse est cependant le plus souvent supportable et donne d'excellents résultats. J.-H.-M.

MÉDECINE INFANTILE

Néphrite grippale chez les enfants. — L'infection grippale avec ses infections secondaires présente toutes les conditions pathogéniques favorables au développement d'une néphrite ; mais il s'en faut que la lésion du rein se révèle toujours de la même façon. Les formes symptomatiques peuvent se montrer bien différentes les unes des autres, surtout chez l'enfant, comme vient de le faire voir dans une étude bien documentée M. le Dr Jean-P. Soumaripas (de la Canée) (Communication au Congrès panhellénique, Athènes, 1901) auquel nous empruntons les éléments de cet article.

Dans un certain nombre de cas, la néphrite doit être cherchée systématiquement par l'examen attentif de l'urine. C'est ici le cas d'insister sur la nécessité de l'examen fractionné de l'urine, c'est-à-dire fait non pas sur un échantillon quelconque, ni même sur le mélange des urines de 24 heures intégralement collectées, mais sur les diverses quantités d'urine émises au cours de la journée et de la nuit. On dépiste ainsi les albuminuries intermittentes, qui échapperaient autrement.

La néphrite semble parfois débuter d'une façon insidieuse et rester complètement latente, pour une cause que nous ignorons, ou bien sa symptomatologie peu bruyante se confond avec celle de la malade principale elle-même, qui la masque.

Dans certains cas, l'attention peut n'être attirée que par des signes d'anémie, d'asthénie post grippale, c'est ce qui se passe en particulier lorsque la complication rénale apparaît au moment de la convalescence, qui traîne alors en longueur.

D'autres catégories de petits malades présentent toutes les variétés de phénomènes urémiques jusqu'au tableau clinique complet de l'attaque de néphrite aiguë, avec oligurie et même anurie ou hématurie, fièvre qui, en général, évolue entre 38° et 39°, mais peut exceptionnellement atteindre 40° et anasarque plus ou moins généralisé avec ascite et hydrothorax, le scrotum plus ou moins respecté (Soumaripas).

Chez certains enfants tout se limite à de la céphalalgie, à quelques épistaxis, quelques douleurs lombaires, un peu de bouffissure de la face, principalement de l'œdème palpébral, parfois fugace.

Dans quelques observations, on note une dyspnée anormale. Ainsi une petite fille de 20 mois, vue par M. le Dr Soumaripas, « avait eu pendant le cours de la grippe une *dyspnée intense disproportionnée avec les légers phénomènes stéthoscopiques* (65 respirations par minute), avec diminution apparente des urines... et un peu d'œdème sur les malléoles. » Cette dyspnée peut apparaître par crises et prendre une allure *asthmatiforme*.

C'est, chez quelques petits influenzés, des *convulsions éclamptiformes*, alternant ou non avec des périodes de *coma*, avec hypothermie. C'est une forme assez bien connue. M. le Dr Soumaripas en cite un exemple chez une fillette de 2 ans.

Au lieu de localisations symptomatologiques cérébrales motrices, il peut exister des manifestations psychiques chez les enfants un peu grandelets. Notre confrère crétois a donné la relation de deux faits de cette sorte. Le premier a trait à un garçon de 8 ans. Voici le propre récit de l'auteur : « En « entrant chez lui, je l'avais trouvé assis sur son « lit, ne répondant aux questions que je lui posais « que par un oui... ou un non... ou bien « je ne... » « Quelquefois même, pour toute réponse, il me fai-

Digitized by Google

« sait un signe négatif ou affirmatif. Il ne voulait « point prendre de nourriture, accusant toujours « de l'anorexie. Son profond abattement, ainsi que « sa subite *mélancolie* m'ont fait grande impression, « en comparaison de son extrême vivacité habi- « tuelle... Il désirait l'isolement, le calme absolu et, « avec cela, il n'avait pas fermé l'œil de la nuit. » Dans ce cas, il n'y avait pas d'œdème, mais seulement, outre l'altération mentale, de la pâleur mate de la face et le resserrement des pupilles. Ce petit malade guérit.

L'autre était aussi un garçon de 9 ans, qui gardait de sa grippe de la pâleur, de la céphalalgie, de la faiblesse, « quand il fut atteint subitement de délire, « jetant des cris perçants et effroyables ; on ne pou- « vait le retenir qu'à grand peine. » Ces crises étaient coupées de repos, séparant les périodes d'excitation.

Il avait de l'*œdème unilatéral* à gauche, au membre inférieur et au supérieur; rien à droite. Il n'urinait pas plus de 600 grammes d'urine albumineuse. Il guérit aussi.

Voilà les principales modalités cliniques qu'affecte la néphrite grippale chez l'enfant.

Sa fréquence se chiffrerait à 5 0/0 environ des cas; elle débute plus souvent *vers la convalescence*, que pendant le cours de la maladie.

D'après les observations rapportées par M. le Dr Soumaripas, la *durée* de la néphrite varie ordinairement de *3 à 5 semaines*; une fois elle se prolongea *1 an*.

Toutefois, si la guérison semble se produire assez souvent, il ne faut pas oublier de surveiller les sujets, leur rein pourrait être plus fragile. Chez un garçon de 6 ans, la néphrite reparut 3 ans après la grippe, à la suite d'une rougeole.

La quantité d'albumine a varié de 1/2 à 5 grammes chez les enfants soignés par M. le Dr Soumaripas. La néphrite grippale doit vraisemblablement être rapportée au streptocoque, on pourra donc tenter la *prophylaxie* en dirigeant ses efforts contre l'agent pathogène bien connu.

C'est dans cet ordre d'idée que l'auteur recommande de pratiquer l'*antisepsie de la bouche, du pharynx, des fosses nasales, l'antisepsie intestinale* et surtout la *diète lactée absolue* avec les précautions hygiéniques.

C'est encore la diète lactée qui fait les frais de la complication déclarée; le lait doit être continué plus d'une semaine après la disparition de l'albuminurie.

En dehors de cette prescription diététique, on aura recours à la révulsion par les sinapismes, à la dérivation par les ventouses sèches, au besoin même, chez les enfants déjà grands, par les ventouses scarifiées et, dans le cas d'urémie grave, exceptionnellement, à la saignée générale, toujours chez les sujets déjà un peu âgés.

Puis, selon les indications particulières du moment, le benzoate de soude et de caféine, les purgatifs, les lavements froids contre l'anurie, les injections sous-cutanées de serum artificiel, bains tièdes avec administration concomitante de bromure ou de chloral, inhalation de chloroforme contre les convulsions, quelques gouttes de nitrite d'amyle dans la dyspnée, etc., etc., à la période aiguë ou subaiguë.

Lorsqu'il y a tendance à la chronicité, en dehors de la révolution, on peut prescrire le tannin, l'acide gallique, le sirop de proto-iodure de fer ; le perchlorure de fer a aussi son utilité. Le quinquina, la kola ont aussi leur place ici. — H. Gillet.

CLINIQUE MÉDICALE

Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nœvus. — Signalée pour la première fois par Isidore Geoffroy St-Hilaire, cette anomalie vient d'être récemment étudiée par M. Grimaud (Th. de Paris 1901), qui en rapporte une belle observation personnelle. Cette anomalie est congénitale, qu'il s'agisse d'une hypertrophie d'un membre inférieur, ou d'une hémi-hypertrophie totale, ou d'une hypertrophie croisée.

L'hypertrophie est presque toujours accompagnée d'un cortège de symptômes dont l'ensemble constitue un véritable syndrome. Les trois éléments les plus importants de ce symptôme sont : l'hypertrophie, qui ne manque jamais, le nœvus, et les varices, qui peuvent manquer. Puis viennent une série de symptômes moins constants, l'hypersudation, le développement exagéré du système pileux, l'élévation de la température locale de la région atteinte. Cette affection est compatible avec une longue existence, et n'entraîne pas avec elle de troubles fonctionnels graves.

Quant à la pathogénie du syndrome, l'auteur, rejetant les théories lymphatique et vasculaire, se rallie à la théorie nerveuse, attribuant les symptômes observés à des troubles nerveux trophiques, de distribution métamérique dans certains cas, radiculaire dans le cas qui fait l'objet de ce travail. — B.-H.

Cas d'aspergillose pseudo-tuberculeuse. — M. le Dr D. P. Démétriadès (d'Athènes), a rapporté au premier Congrès panhellénique de médecine en 1901, un cas d'aspergillose pseudo tuberculeuse. Il est parvenu à isoler par la culture des crachats d'une femme malade l'aspergillus fumigatus.

Digitized by Google

La malade était traitée par M. le Dr Assimis (*Grèce Médicale*, mai-juin 1901.); elle avait des crachements de sang et des manifestations bronchiques; on la supposait tuberculeuse; mais l'examen microscopique de crachats était négatif; on n'y trouva point le bacille de la tuberculose.

Montrant au Congrès la culture de l'aspergillus sur une pomme de terre, M. Démétriadès dit qu'en Grèce et en général dans les pays chauds, où il est probable que cette maladie soit plus fréquente à cause des conditions climatologiques de ces pays, nous n'en connaissons pourtant aucune observation décrite; et conseille en terminant aux médecins de ne point s'en tenir à l'examen négatif des crachats à l'égard du bacille de Koch, mais prolonger leurs recherches par des cultures pour trouver d'autres microbes, qui souvent provoquent les pseudo-tuberculoses.

TOXICOLOGIE

Intoxication par les sardines à l'huile

Le 30 novembre vers 2 heures du soir, rapporte M. le Dr Baudoin (1), pendant les exercices de gymnastique, deux élèves de l'Ecole militaire préparatoire des Andelys âgés l'un de quinze ans, l'autre de quatorze furent subitement indisposés et demandèrent à quitter les rangs. Courbés en deux et excessivement pâles, ils semblaient accuser de violentes coliques; presque aussitôt, ils eurent des vomissements abondants.

Bientôt dix autres élèves furent pris de symptômes analogues; à quatre heures du soir il y avait soixante enfants malades, soit :

Cas légers	20
Cas plus sérieux	25
Cas assez graves	10
Cas graves (avec collapsus)	5

Les symptômes observés étaient les suivants : céphalalgie gravative, douleurs épigastriques spontanées et provoquées à la pression avec nausées, vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite. Tendance à la syncope avec pâleur de la face avec ou sans sueurs froides; refroidissement des extrémités. Deux élèves ont présenté des symptômes particulièrement graves : dès le début, menace de collapsus, le pouls radial avait complètement disparu, les battements de cœur étaient très affaiblis; il y avait du refroidissement et de la cyanose des extrémités et de la face. La pupille, extrêmement dilatée, ne réagissait plus à la lumière; la perte de connaissance était complète. Tous les malades eurent de violentes coliques et des évacuations alvines peu abondantes. La fièvre ne dépassa pas 39°2.

Le traitement institué fut le suivant : Injection sous-cutanée d'éther à 0 gr. 50 centigr. — Ingestion de lait, d'eau albumineuse (8 blancs d'œufs par litre d'eau). — Eau tiède pour favoriser les vomissements. — 0 gr. 75 centigr. de poudre d'ipéca chez les enfants qui n'avaient pas eu de vomissements, mais présentant de la céphalalgie et des coliques. — Frictions sèches sur le corps, boules d'eau chaude aux pieds. — Infusion de café, de thé très chaud et non édulcoré.

A dix heures du soir tous les symptômes étaient beaucoup moins inquiétants, la plupart des malades s'endormaient.

Le 1er décembre, le médecin principal Baudouin avec le major Calbo examinent individuellement chaque malade. Les températures sont normales, le pouls a repris son ampleur. Quelques enfants ont encore un peu de céphalée, la langue blanche, pas de fétidité de l'haleine, pas d'éruptions ni de vomissements. A quatre heures du soir, vingt-quatre heures après l'apparition des premiers cas, tous les malades avaient repris leur entrain et leur gaîté.

Le 2 décembre tous les élèves réclament à manger et à midi, il leur est donné un potage léger, un œuf et du lait, sans pain. Le 5 au matin, tous les enfants furent rendus à la vie commune.

De l'enquête il résulta que l'intoxication alimentaire ne pouvait être rapportée ni à la boisson commune aux 436 élèves de l'école, ni à la soupe au potiron, ni au riz au lait qui, avec des sardines à l'huile, avaient constitué le repas de midi du 30 novembre.

« Seules les sardines, renfermées par lots dans des boîtes spéciales et pouvant présenter des qualités très différentes ont paru, dès le début, susceptibles d'expliquer l'apparition des accidents : et l'on peut être d'autant plus affirmatif dans cet ordre d'idées que sur les quatre tables atteintes, quelques rares élèves qui, par goût n'avaient pas touché à ce mets, n'avaient éprouvé aucune espèce de malaise, alors que trois enfants qui avaient présenté les symptômes les plus alarmants avaient ingéré de huit à dix sardines.

La boîte de conserves ayant contenu les sardines et des débris que l'on put retrouver furent adressés au laboratoire bactériologique du Val-de-Grâce et voici les résultats trouvés par le médecin principal de 1re classe Vaillard.

L'examen direct des débris permet de découvrir une quantité considérable d'espèces microbiennes des plus diverses, dans lesquels des ensemencements aérobies et anaérobies ont permis de distinguer :

1° Le bactérium-coli commune qui est l'espèce dominante.

2° Le bacillus mesentericus vulgatus.

3° Le bacillus subtilis.

4° Un cocco-bacille à bouts arrondis, prenant le Gram, ne liquefiant pas la gélatine et donnant sur gélose une culture crémeuse.

5° Le staphylocoque blanc.

6° Une sarcine jaune.

7° Une torula rose.

(1) *Archives de méd. et de pharm. milit.*, 1901.

Digitized by Google

« L'inoculation sous-cutanée de la culture totale à des cobayes a déterminé chez tous les animaux la mort en trente-six heures avec un œdème considérable, gélatineux de la région inoculée. Dans cet œdème fourmillent plusieurs espèces microbiennes mais avec prédominance de coli-bacille.

« L'ingestion de cette même culture n'a occasionné chez les cobayes aucun trouble. »

Le résultat des recherches de M. Vaillard est donc concluant; les troubles intestinaux étaient bien dus à l'ingestion de sardines contenant un grand nombre d'espèces microbiennes. Il est probable que cette avarie avait pour cause un défaut de stérilisation.

Les accidents ont du reste été relativement peu graves; il est vrai que l'intoxication s'est produite chez des enfants n'ayant guère dépassé seize ans, c'est-à-dire ayant des organes d'élimination et particulièrement des reins encore en bon état, et il nous est permis de penser qu'il n'en eût sans doute pas été de même si une personne d'un certain âge, quelque peu frappé de sclérose rénale, en eût fait usage. P. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les échanges respiratoires aux hautes altitudes. — MM. A. Robin et Dupasquier, pendant une récente ascension en ballon jusqu'à une altitude de 4,250 mètres, ont constaté les phénomènes suivants :

Le pouls s'est amélioré ; la fréquence de la respiration a augmenté proportionnellement à l'altitude. La capacité respiratoire a considérablement diminué en raison inverse de l'altitude.

Les proportions centésimales des gaz ramenés à 0 degré et à 760 millimètres, ont baissé pour l'acide carbonique et augmenté pour l'oxigène pendant toute l'ascension, sans qu'il y ait de rapport direct avec l'altitude.

La ventilation pulmonaire a progressé avec l'altitude, mais irrégulièrement.

Les échanges gazeux se sont accrus et plus particulièrement l'oxygène absorbé par les tissus.

Le quotient respiratoire a beaucoup baissé.

Emploi de la strychnine contre l'alcoolisme — M. Fernet. La strychnine a une efficacité remarquable contre le delirium tremens d'origine alcoolique ; dans cette maladie où il faut agir vite, il convient d'administrer la strychnine à doses assez élevées, soit trois à six milligr. par jour en injections sous-cutanées (3 milligr. par injection).

Quelques manifestations nerveuses de l'alcoolisme chronique sont aussi justiciables de la strychnine ; ici l'usage devant être prolongé, les doses seront moindres, et l'administration du remède sous forme de sirop pourra être préférée (1 milligr. à chacun des 3 repas).

L'emploi de la strychnine sera encore souvent indiqué pour combattre l'adynamie, notamment dans les maladies toxi-infectieuses. Les injections sous-cutanées auront l'avantage d'agir vite et de respecter les voix digestives. (*3 décembre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Formule nouvelle de solution injectable de benzoate de mercure. — M. Gaucher emploie depuis longtemps, avec d'excellents résultats, les injections de benzoate de mercure dans le traitement des syphilis graves. Après avoir essayé diverses solutions, il s'est arrêté à la préparation suivante, qui est très stable :

Benzoate de mercure.....	1 gramme
Chlorure de sodium chimiquement pur.....	0 gr. 75
Eau stérilisée....	100 —

La dissolution de benzoate de mercure s'opère ainsi facilement, à condition qu'il soit fraîchement préparé.

Cette solution doit être injectée profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse (et non dans les muscles), à la dose de 2 cent. cub. par jour. Elle est très bien supportée, bien qu'elle ne contienne pas de cocaïne.

L'observation suivante montre bien l'efficacité de ces injections. Un homme de 60 ans, atteint depuis deux jours d'une hémiplégie droite totale accompagnée d'hémichorée et de courbature, est amené dans le service de M Gaucher Cette hémiplégie est survenue sans grand fracas frappant le malade en pleine santé La mémoire et l'intelligence sont intactes : le malade arrive à se faire comprendre, malgré son incapacité d'articuler un mot. On constate sur les bords et la pointe de la langue deux bandes fibreuses de leucoplasie. Malgré l'absence de tout autre symptôme de syphilis, on injecte tous les jours 2 centigr. de benzoate de mercure. Quatre jours après le malade se trouve beaucoup mieux, et 15 jours après, grâce à l'adjonction de l'iodure de potassium, il est presque complètement guéri.

Les rapports de la leucoplasie et de la syphilis sont connus de tous ; la plupart des auteurs considèrent la leucoplasie comme une affection para-syphilitique, c'est-à-dire d'origine, mais non de nature spécifique; la leucoplasie est un papillome dû à l'irritation de la muqueuse buccale par des causes banales, mais dont la cause première doit toujours être rapportée à la syphilis.

Pouls lent post-diphtérique. — M. Barbier. L'accélération avec faiblesse du pouls est l'un des meilleurs signes de l'intoxication diphtérique; on voit ces symptômes disparaître plus ou moins vite après les injections de sérum spécifique.

Il a une telle valeur sémiologique, que la persistance du pouls accéléré après le traitement sérothérapique est un

Digitized by Google

des meilleurs caractères des formes graves, une indication formelle à augmenter la dose de sérum. De même, dans le cours d'une diphtérie convenablement traitée, la réapparition de la tachycardie est un signe de retour offensif de la maladie : elle coïncide habituellement avec l'apparition de phénomènes paralytiques du côté des muscles pharyngo-palatins ou autres.

Aussi le pouls lent devient-il un phénomène anormal, d'une interprétation difficile.

M. Barbier l'a observé chez trois malades, dans la convalescence de diphtéries, qui se sont terminées par la guérison, sans aucune complication du côté du cœur ou des centres nerveux. La durée du symptôme n'a pas dépassé quelques jours.

Le traitement a consisté dans le repos absolu au lit, l'emploi du sérum artificiel et de la spartéine.

Paralysie diphtérique avec présence du bacille dans le bulbe. — M. Barbier. Il s'agit d'un enfant de 26 mois, atteint d'une angine diphtérique associée, compliquée de croup, puis de diphtérie trachéo-bronchique. Trachéomie, puis broncho-pneumonie. Amélioration de tous les symptômes sous l'influence du sérum. Décanulement le 6e jour. Le 8e jour, réapparition des signes d'intoxication diphtérique. Paralysie pharyngée le 9e jour ; aggravation de la broncho-pneumonie. Mort le 10e jour. On trouve le bacille diphtérique dans le bulbe ; il manque dans les autres viscères.

Infection à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde, décelée par le séro-diagnostic. — M. F. Bezançon. La bactériologie, en montrant que pour les maladies infectieuses, la spécificité de la maladie réside dans l'agent pathogène et non pas dans l'évolution clinique ou dans la lésion anatomo-pathologique, a permis de rattacher certaines affections à leur véritable cause. C'est ainsi que l'on a pu, grâce à la séro-réaction de Widal, rattacher à l'infection éberthienne des formes anormales qu'on eût considérées autrefois comme des affections distinctes.

Une femme de 28 ans, au cours d'un état infectieux indéterminé, présente tous les signes d'une cholecytite catarrhale non suppurée. La nature de cet état n'eût pu être déterminée par les seules ressources de la clinique, car si la courbe thermique présentait les caractères d'un tracé de fièvre typhoïde dans lequel aurait manqué la période d'état, il manquait tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, en particulier la céphalée, la diarrhée ocre jaune, les taches rosées. Seul le séro-diagnostic permit de poser avec certitude le diagnostic de la maladie, le sérum de la malade agglutinant le bacille d'Eberth

Ce fait et d'autres semblables montrent que, à côté des formes habituelles intestinales de la fièvre typhoïde, il y a place pour des infections à caractères plus sévères, rappelant les septicémies, soit pour des infections localisées : pleurésie, appendicite, cholécystite, etc. (*29 novembre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Corps étranger de l'estomac. — M. Le Dentu. Il s'agit d'un jeune homme ayant avalé, en jouant, une cuiller à roux, en bois, longue de 27 centimètres. Jusqu'à 11 heures du soir, il n'éprouve que des douleurs médiocres; il dîne comme d'habitude, mais à partir de 11 heures, il commence à souffrir de l'estomac; puis à 2 heures du matin, il éprouve une douleur atroce dans le ventre, et continue à se plaindre.

Le lendemain, il se présente dans le service de l'hôpital Saint-Louis : on ne sent pour ainsi dire rien d'anormal dans la région épigastrique. Le lendemain, 48 heures après la déglutition du corps étranger, l'estomac est ouvert, mais la cuiller ne s'y trouvait pas. Celle-ci était placée en pleine cavité péritonéale, au milieu des anses intestinales, derrière l'épiploon, d'où elle fut facilement extraite. M. Le Dentu pense que la palette de la cuiller avait dû, 12 heures après la déglutition, sous l'influence de violentes contractions du viscère, perforer la grande courbure trouvée épaissie et adhérente à la paroi abdominale et tomber dans la cavité péritonéale.

Quoi qu'il en soit, le malade a parfaitement guéri.

Corps étrangers de l'intestin. — M. Mériel, de Toulouse, communique l'observation d'un malade qui, dans un accès de délire, avala deux manches de cuiller en fer. Deux mois et demi après, on constatait une tuméfaction grosse comme une noix, siégeant au-dessus de l'arcade crurale droite Cette tuméfaction fut ouverte : elle était formée par l'intestin distendu et contenait les deux corps étrangers, qu'il fut alors facile d'enlever. Les suites opératoires furent bonnes : une fistule stercorale se créa tout d'abord, puis les matières fécales reprirent leur cours et le malade guérit.

Plaie de la moelle par arme à feu. — M. Walther. Une jeune fille de 22 ans est transportée à l'hôtel-Dieu le 19 janvier 1901, immédiatement après avoir reçu un coup de balle de revolver au-dessous de la clavicule gauche. Après avoir donné les premiers soins à cette malade, dont l'état général semblait fort grave, on constata le lendemain les signes d'un pneumothorax communiquant avec hémothorax de la base de la plèvre gauche.

Il existait de plus : une anesthésie complète de toute la partie inférieure du corps jusqu'à une ligne passant par les deux mamelons;

Une paralysie absolue à la motilité dans toute la zone d'anesthésie ;

Une abolition complète des reflexes des membres inférieurs;

Une douleur spontanée très pénible à la nuque, douleur accrue par la percussion sur les jambes.

On pensa qu'il s'agissait peut-être plutôt d'une compression par un hémato-rachis que d'une section de la moelle.

Digitized by Google

Les semaines suivantes, les lésions pleuro pulmonaires s'améliorèrent un peu ; mais les phénomènes, provenant de la lésion médullaire, ne se modifièrent pas. Des troubles trophiques commencèrent à se produire au niveau des orteils.

En février, il fut possible, à l'aide de la radiographie, de localiser le projectile, qui siégeait exactement au niveau de la 2e vertèbre dorsale.

Le 11 février, M. Walther en pratiqua l'extraction; logée dans le canal rachidien, la balle avait complètement sectionné la moelle, dont les deux bouts étaient écartés d'un centimètre environ. Il n'y avait pas d'épanchement dans le canal rachidien. La plaie fut complètement refermée à l'aide de sutures, qui commençaient à la dure-mère.

Après l'opération, la malade eut quelque soulagement ; néanmoins les principaux symptômes allèrent en s'aggravant : incontinence d'urine, accroissement des eschares, œdème et douleurs violentes dans les membres, cachexie progressive ; mort le 5 avril, deux mois et demi après la blessure.

Suture d'une plaie du cœur avec guérison. — M. Fontan, de Toulon, communique sa seconde observation de suture du cœur suivie de guérison. — Il s'agit d'un soldat qui reçut dans la région précordiale un coup de couteau. Après avoir examiné le blessé, M. Fontan porta le diagnostic de plaie pénétrante de la poitrine avec hémorrhagie interne, et blessure probable du poumon et du cœur; et deux heures après la blessure, il pratiqua l'intervention suivante : détachement d'un large volet thoracique avec section des 4e, 5e, 6e côtes, section de la plèvre et rejet du lambeau en dehors. Le poumon s'affaisse alors dans la gouttière costo-vertébrale. Le péricarde, découvert, présentait une plaie verticale de 12 millim., par où le sang s'échappait en bavant. Cette plaie est agrandie ; la pointe du cœur est saine et fixée avec une pince de Kocher. Aussitôt, affolement du cœur, battements précipités et tumultueux. On ne tarde pas à apercevoir au-dessus de la pointe, sur le ventricule gauche, une plaie de 8 millim., oblique, et laissant échapper à chaque systole un jet de sang vermeil. M. Fontan procède alors à la fermeture du ventricule à 6 points de suture au catgut lié en surjet. L'hémorrhagie est aussitôt arrêtée ; puis le péricarde est sutéré par un surjet de catgut, et la plaie est soigneusement fermée.

Après des incidents multiples, ce malade finit par guérir. Trois mois après, les battements du cœur étaient clairs; à l'auscultation, il n'y avait aucun bruit anormal. Rien ne pouvait faire supposer une lésion persistante ni du péricarde, ni du myocarde, ni de l'endocarde.

Epilepsie jacksonienne. — M. Schwartz présente un jeune homme de 20 ans naguère atteint d'épilepsie partielle, consécutive à une exostose traumatique du crâne, située dans la région rolandique ; première trépanation suivie de diminution du nombre des accès. Seconde trépanation plus large deux mois après, avec incision de la dure-mère et suture des quatre lambeaux au péricrâne. Disparition complète de tous les accidents nerveux depuis plusieurs mois. *(27 novembre.*

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène, par A. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires. Troisième édition, revue et considérablement augmentée, avec la collaboration de A. Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine médecin de l'hôpital Trousseau, et H. Bourges, chef de laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau. Ouvrage couronné par l'Institut et la Faculté de médecine. 1 fort volume grand in-8° avec cartes et figures dans le texte, publié en deux fascicules. (Masson et Cie, éditeurs.) 18 fr.

Dans l'intervalle de vingt années, qui s'est écoulé depuis qu'a paru la 2e édition, il s'est fait une transformation si complète des notions fondamentales qui régissent la science de l'hygiène, qu'une refonte à peu près totale de cet ouvrage s'imposait, aussi la 3e édition du *Traité d'Hygiène*, constitue-t-elle un ouvrage presque entièrement nouveau.

Le premier fascicule, qui vient de paraître, comprend, au début, des notions sommaires, exposées d'après les données les plus récentes, sur l'anthropologie et la démographie. Tout le reste de ce fascicule est consacré à l'étiologie, à l'épidémiologie et à la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses. Les caractères et le mode de diagnostic des microbes pathogènes de ces maladies sont brièvement indiqués dans une série de tableaux.

Parmi les chapitres entièrement nouveaux, nous signalerons ceux qui traitent des fièvres éruptives, de la diphtérie, des maladies typhiques, de la malaria, des maladies vénériennes, des conjonctivites contagieuses, des teignes, de la fièvre puerpérale, de la tuberculose de la lèpre, de l'actinomycose. Les chapitres consacrés aux maladies pestilentielles et à l'hygiène internationale ont été complètement remaniés. Enfin un chapitre sur l'hygiène publique (déclaration obligatoire des maladies transmissibles, isolement et désinfection) termine ce fascicule, qui est illustré d'une centaine de figures, de nombreux plans et de plusieurs cartes.

Le 2e fascicule, qui complètera l'ouvrage, paraîtra dans le courant du 3e trimestre de l'année 1902. Il traitera des maladies d'origine alimentaire et professionnelle, de l'air, de l'eau, des aliments et de l'alimentation, de l'hygiène individuelle, de l'hygiène des villes et des campagnes et de la climatologie.

La mort chez les enfants par Hypertrophie du Thymus, par le Dr Taillens, (Extrait de la *Rev. méd. de la Suisse Romande*, Eggimann et Compagnie éditeurs, à Genève).

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 227, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Le zona chez les tuberculeux

Par M. ERNEST BARIÉ, *médecin de l'Hôpital Laënnec*

La tuberculose pulmonaire est peut-être la maladie qui, dans ces dernières années, a suscité le plus de recherches et il semble au premier abord, qu'au point de vue clinique notamment, tout ait été déjà vu et complètement décrit. Cependant une observation récente a rappelé notre attention sur une complication peu commune mais fort intéressante : il s'agit d'un garçon coiffeur âgé de 26 ans, atteint de tuberculose pulmonaire à la période cavitaire, et qui fut pris, sans cause appréciable, d'un zona siégeant dans le sixième espace intercostal droit. Cette éruption évolua d'ailleurs suivant la marche classique bien connue et au bout d'une vingtaine de jours il ne restait plus sur la peau que quelques points pigmentaires, accompagnés de zônes d'hypéresthésie encore très manifestes.

Si vous consultez vos auteurs classiques, vous verrez que bon nombre d'entre eux ne signalent même pas l'existence du zona dans le cours de la tuberculose pulmonaire; d'autres, à propos des troubles nerveux si fréquents chez ces malades, insistent sur les névralgies, sur les névrites, causes habituelles des phénomènes douloureux, et signalent seulement d'un mot ou d'une ligne le zona qui peut survenir en pareille circonstance. En réalité, il s'agit là d'une complication assez exceptionnelle, et Leudet, de Rouen, qui l'un des premiers (1) a signalé son apparition, a pu écrire : « sur 2.000 phthisiques environ j'ai recueilli 17 observations de zona chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ».

Quoi qu'il en soit, la première observation un peu détaillée de zona chez les tuberculeux est due, à ma connaissance, à Baerensprung (2) : chez un enfant d'un an mort de tuberculose pulmonaire, on observa un zona de la région thoracique droite.

Quatre ans après, Mougeot (3) rapportait le cas d'une femme de 62 ans, malade depuis 5 ans, et présentant au sommet droit une excavation tuberculeuse; dans la suite, elle fut atteinte de zona qui, « parti de l'aisselle, longeait le bord interne du bras et de l'avant-bras pour se terminer au niveau de l'éminence hypothénar et des derniers doigts, suivant exactement le trajet du nerf cubital. Plus tard, Wagner (4) publia l'observation d'un jeune homme de 23 ans, atteint de phthisie pulmonaire, qui, huit jours avant sa mort, présenta une éruption de zona dans les 9e et 10e espaces intercostaux du côté gauche. Plus tard encore, Perroud (1) relevait la présence de l'herpès zoster sur le trajet du petit nerf sciatique et du fessier inférieur, chez un jeune tuberculeux âgé de 20 ans. Sans allonger inutilement cette étude bibliographique, je vous citerai encore les observations rapportées ultérieurement par Chandelux (2), par Altemaire (3), et plus récemment par Lemonnier (4), enfin, à l'étranger, par Lesser d'abord (5) et plus tard par Dubler (6).

Pour mon compte personnel, j'ai contribué — il y a 15 ans déjà — à l'étude du zona chez les tuberculeux dans un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux (7) et ce travail a servi de point de départ à une très bonne thèse d'un de mes élèves, M. le Dr P. Leroux (Paris, 1888) dans laquelle il a pu rassembler une trentaine d'observations. Si vous ajoutez à ces mémoires deux faits dus à Moutard-Martin et à Moizard, et quelques autres cas incomplets ou sur lesquels nous n'avons que des indications insuffisantes pour la plupart, vous aurez le dossier — bien peu garni — du zona chez les tuberculeux.

Celui-ci peut survenir à tout *âge*, cependant nous ne relevons dans l'enfance que le cas de Baerensprung ; le *sexe* ne paraît pas avoir d'influence causale bien établie. Tous les faits recueillis jusqu'ici montrent que le zona ne se montre pas dans les cas de granulie ou même de phthisie à marche rapide ; c'est au contraire *dans les formes lentes à marche chronique d'emblée* qu'on l'a toujours rencontré. De plus, c'est généralement à une période avancée de l'affection, c'est-à-dire à la période ulcéreuse, et souvent aussi alors que l'auscultation dénote la présence de véritables cavernes, qu'on a vu le zona faire son apparition ; dans plusieurs cas même (Wagner, Lesser), il ne se montra que quelques jours avant la mort du malade. Cependant, d'après les cas rapportés par Lemonnier, il semblerait qu'il pût y avoir un *zona prétuberculeux*, c'est-à dire que l'éruption puisse précéder d'un temps variable l'éclosion de la tuberculose.

Le *siège* du zona est très variable : sur 34 observations, il occupait dans la moitié des cas (17 fois)

(1) E. Leudet. Associat. franç. pour l'avancement des Sciences. *Gaz. hebdomad. de méd. et chirurg.* Sept. 1878, p. 617.
(2) Baerensprung. *Annal. des Charite Krankh.* 1863, t. XI. p. 96 et 100.
(3) A. Mougeot. *Rech. sur quelq. troubl de nutrit. consécut aux affect. des nerfs.* Th. Paris 1867, p. 101.
(4) E. Wagner. *Archiv. f. Heilkunde.* 1870.

(1) Perroud. *Annal. de Dermatol. et de Syphiligraphie.* Paris 1876.
(2) Chandelux. *Arch. de Physiolog.* 1879, p. 674.
(3) Altemaire. *Contribut. à l'ét. des troubl. périph. de sensibil. dans la tub.* Th. Paris 1879, p. 17.
(4) Lemonnier. *Bullet. Soc. franç. de Dermatologie.* 1890, p. 135.
(5) E. Lesser, *Arch. f. pathol. Anat.* 1881, t. LXXXVI, p. 391.
(6) A. Dubler. *Arch. Virchow.* t. XCVI. 1884, p. 195.
(7) E. Barié. *Bullet. et Méd. Soc. méd. des hôpitaux* de Paris. 13 mai 1887.

Digitized by Google

la paroi thoracique au niveau des espaces intercostaux, 4 fois les régions lombo-abdominale et fessière, 3 fois les régions du bras et de l'avant-bras, 2 fois le membre inférieur, 1 fois la région frontale, enfin dans un cas de Nys (1887) il siégeait sur la membrane de Descemet « sous forme de vésicules disposées très régulièrement, rappelant une éruption serpigineuse. »

De mon côté, j'ai consigné dans le mémoire précité trois observations de *zona périnéo-génital*. La lésion unilatérale occupait le côté droit : les vésicules siégeaient sur la moitié de la région péri-anale, du périnée au scrotum, tant au côté des faces supérieure et inférieure de la verge, et la plus grande partie de la région supérieure des faces postéro-externes de la cuisse du même côté. Dans sa distribution, l'éruption était cantonnée exclusivement sur le trajet de trois des principales branches collatérales du plexus sacré : le petit sciatique, les deux rameaux du nerf honteux interne et le nerf hémorrhoïdal.

J'insisterai peu sur les *symptômes* du zona des tuberculeux, parce qu'ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux du type général de l'herpès zoster, quelle qu'en soit la cause. Le premier phénomène en date consiste en sensations douloureuses précédant de plusieurs jours, en général, l'apparition des premières vésicules. Ces douleurs, toujours unilatérales, s'irradient en suivant la direc- tion d'un nerf ou de plusieurs branches nerveuses d'un même plexus et plus tard l'éruption zostérienne se localisera sur ces mêmes trajets. Ces douleurs varient d'intensité suivant les malades : elles sont souvent lancinantes avec paroxysmes plus ou moins rapprochés ; dans d'autres cas ce sont des sensations de chaleur, de cuisson vive ou même de prurit intense. Leudet prétend que d'une façon générale, les douleurs prémonitoires du zona sont moins vives chez les tuberculeux que chez les sujets sains ; je ne sais si cette remarque est justifiée, car la comparaison de phénomènes douloureux n'est point chose facile ; je dirai seulement que chez ce jeune coiffeur que nous venons d'observer, les douleurs avaient un caractère d'acuité extrême, au point d'empêcher tout sommeil régulier, et qu'elles furent rebelles à toute médication antinévralgique.

L'éruption qui survient après cette première période dont la douleur fait tous les frais, est constituée par des *vésicules* plus ou moins confluentes, isolées ou réparties en petits groupes de 2, 3, 4 vésicules, ou encore disposées en bouquet ; elles reposent sur un fond rouge, érythémateux, assez souvent en forme de plaques séparées les unes des autres par des espaces de peau saine. Ces vésicules, du volume d'un grain de millet environ, sont remplies par une sérosité claire et transparente ; bientôt elles augmentent de volume, se confondent quelquefois avec les vésicules voisines pour former une sorte de large bulle; puis le liquide se trouble, devient louche, grisâtre, quelquefois même un peu brunâtre par la présence d'un peu de sang. Enfin la vésicule s'affaisse, s'aplatit par suite de résorption du liquide, ou bien au contraire se rompt et laisse à sa place une croûte noirâtre qui se détache un peu plus tard, laissant à sa place une tache brune qui peu à peu s'éteint et disparaît dans la suite. Dans l'observation de Lesser, les vésicules devinrent séro-purulentes et laissèrent à leur place de petites ulcérations; mais c'est là une terminaison peu commune. Plus rare encore est le *zona* à forme *chronique* que Leudet a rencontré chez deux tuberculeux : au moment d'une poussée nouvelle ou d'une recrudescence dans la marche de la maladie pulmonaire, la lésion cutanée était suivie d'ulcérations nouvelles ; il ajoute que cet état est susceptible de persister pendant plusieurs mois et de laisser après lui des cicatrices vicieuses, de véritables kéloïdes.

Quoi qu'il en soit, la *durée* de l'éruption, d'ailleurs variable, est de dix à douze jours en moyenne, mais elle peut être sensiblement plus longue ; le plus souvent l'éruption se fait en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, mais elle peut se produire en plusieurs poussées successives, ainsi que cela arriva chez un malade observé par Perroud. Chez quelques malades, après la disparition totale des vésicules, et alors que la peau a repris depuis longtemps déjà son aspect normal, on peut relever dans la région où s'était développé le zona, des plaques d'hypéresthésie très accusées qui persistent souvent pendant un temps assez long.

Je ne m'arrêterai pas sur la question du *diagnostic*, qui ne présente aucune difficulté, car il est bien évident qu'une éruption vésiculeuse unilatérale, telle que nous l'avons décrite, localisée rigoureusement sur un territoire nerveux, et précédée de phénomènes douloureux à type névralgique, ne peut représenter qu'un zona.

Quant au *pronostic*, on peut dire que si le zona n'aggrave pas la tuberculose pré-établie, on doit cependant le considérer comme un phénomène intercurrent fâcheux, car, outre l'insomnie et le malaise général qu'il occasionne par ses manifestations douloureuses, il est, par sa présence même, l'indice que le système nerveux est atteint profondément par l'infection tuberculeuse. Dans ces conditions, le zona qui survient chez les tuberculeux a donc une valeur pronostique sévère, et, de fait, dans plusieurs observations, ainsi que je l'ai déjà dit, l'apparition de l'éruption n'a fait que précéder la mort du malade de quelques semaines, ou même seulement de quelques jours.

La *nature* de l'affection est facile à établir; en

Digitized by Google

effet, le zona des tuberculeux est un zona symptomatique d'une altération trophique d'un ou de plusieurs nerfs, et ne saurait être confondu avec le zona primitif idiopathique, appelé encore fièvre zoster, constituant une entité morbide fébrile, à marche cyclique, analogue à certains exanthèmes d'origine infectieuse (Landouzy, 1883). Il s'en suit que la *pathogénie* de cette éruption zostérienne ne saurait plus être discutée bien longuement : nous ne nous attarderons pas sur la théorie de Guéneau de Mussy, reprise par Leudet et par quelques autres cliniciens, en vertu de laquelle le zona serait dû à une excitabilité réflexe exagérée, dont le point de départ résiderait dans le poumon malade. Cette théorie ne peut être acceptée, car, d'une part, elle ne rend nullement compte de la limitation parfois si étroite des accidents nerveux, et, d'autre part, on ne conçoit guère une excitation réflexe dont la durée soit assez longue pour produire des troubles trophiques comme ceux du zona. L'hypothèse de Baerensprung, d'après laquelle l'affection dépendrait toujours d'une lésion des ganglions spinaux ne peut convenir qu'à des cas exceptionnels, et l'origine du zona chez les tuberculeux doit être cherchée ailleurs. Raymond (1886), s'appuyant sur certains faits bien établis, pense que la plupart des accidents nerveux observés chez les phthisiques : les névralgies intercostales, les zônes d'analgésie, ou au contraire d'hypéresthésie, etc., constituent un ensemble se rattachant facilement à des méningo-myélites tuberculeuses, tantôt en plaques isolées, tantôt sous forme de lésions diffuses nodulaires ou infiltrées, ainsi que l'ont montré les observations d'Hayem, de Liouville, de Chvosteck, etc., qui seraient peut-être plus nombreuses encore si l'on prenait toujours l'habitude d'examiner la moelle et les méninges dans les autopsies de phthisiques. Cependant c'est plutôt vers le système nerveux périphérique qu'il faut chercher la cause véritable du zona qui complique certains cas de tuberculose. Dans cette dernière maladie, en effet, on sait combien sont fréquentes les névrites, de même que dans toutes les maladies infectieuses d'ailleurs; dès lors c'est à ces névrites parenchymateuses périphériques qu'il convient de rapporter le zona, qui n'est plus en somme qu'une *éruption* zostérienne symptomatique, *d'origine trophique*.

Le *traitement* du zona chez les tuberculeux n'offre rien de spécial ; on s'abstiendra localement de toute application liquide, et on se contentera de recouvrir l'éruption, sans ouvrir les vésicules, avec des poudres isolantes : talc, oxyde de zinc mélangé à l'amidon, etc., maintenues en place par une plaque d'ouate hydrophile. Les douleurs locales, parfois si rebelles, seront calmées par l'opium, l'analgésine, l'exalgine, etc., et quelquefois même nécessiteront l'emploi des injections sous-cutanées de morphine ou de chlorhydrate d'héroïne. Il va sans dire que la tuberculose pulmonaire, cause du zona, ne devra pas être négligée, et qu'on devra faire face aux nombreuses indications thérapeutiques qu'elle présente si souvent.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne

Par TUFFIER, *professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux*

Je crois, jusqu'à plus ample informé, avoir éte le premier à attirer l'attention sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne et de la colonne vertébrale. Je vous rappellerai la série de communications que j'ai faite sur ce sujet, tant en mon nom qu'en celui de M. Milian, à la Société de biologie, à la Société médicale des hôpitaux, et au dernier Congrès de chirurgie. Ces travaux, n'ayant pas été mentionnés, je crois devoir formuler de rechef ces conclusions, en y ajoutant cependant quelques modifications que des faits nouveaux m'obligent à y apporter.

Le nombre de cas dans lesquels j'ai eu l'occasion de recourir à la ponction lombaire comme moyen de diagnostic dans les traumatismes du crâne ou du rachis, s'élève actuellement a une dizaine; les observations que j'ai recueillies proviennent soit de mon service, soit de ceux de collègues qui avaient fait appel à mon expérience de la ponction lombaire pour utiliser ce précieux élément de diagnostic dans certains cas embarrassants de traumatismes crâniens.

J'envisagerai successivement la *technique*, la *valeur diagnostique* et la *valeur thérapeutique* de la ponction lombaire dans ces cas.

J'ai peu de choses à dire de la *technique* de la ponction elle-même ; elle est trop connue de tout le monde aujourd'hui, pour que je revienne encore sur ce sujet. Qu'il me suffise seulement d'insister sur la nécessité qu'il y a de recueillir le liquide qui s'écoule de la canule dans trois tubes différents, pour pouvoir tirer de son examen des conclusions exactes. Lorsqu'en effet les premières gouttes recueillies sont seules teintées de sang, ou lorsque le premier tube présente une coloration notablement plus accentuée que les autres, il faut en conclure que le sang provient simplement de la piqûre d'un vaisseau intradural survenue au moment de la ponction. Lorsque au contraire le liquide recueilli présente dans les trois tubes une coloration d'intensité sensiblement égale, on est en droit d'en déduire que l'hémorragie provient d'un traumatisme plus grave qui a mélangé

Digitized by Google

au liquide céphalo-rachidien une quantité notable de sang. L'épreuve des trois tubes a donc une grande importance, et, dans aucun cas, elle ne doit être négligée.

L'intensité de coloration du liquide est, d'allleurs, très variable : elle va du rouge vif au rose pâle et même au jaune clair. Elle paraît en rapport avec l'intensité de l'hémorragie et, par conséquent, semble-t-il, avec l'étendue des lésions. La teinte présentée par le liquide aurait donc *a priori* une certaine valeur pronostique ; mais il faut attendre les faits, qui ne tarderont pas à nous reuseigner à cet égard.

En ce qui concerne le *diagnostic* de la nature du traumatisme crânien par la ponction lombaire, j'ai cru d'abord, après mes premières recherches, que la coloration du liquide céphalo-rachidien ne s'observait que dans les cas de contusion cérébrale. Je suis revenu de cette première opinion depuis le jour où j'ai constaté cette coloration chez un malade qui, à la suite d'un ictus apoplectique, avait fait une chute sur le crâne, c'est-à-dire dans un de ces cas, assez fréquents, où le diagnostic devient fort embarrassant. La coloration rouge-groseille du liquide obtenu par la ponction lombaire pouvait faire penser à une fracture du crâne : or, il s'agissait, ainsi que nous le démontra l'autopsie, d'une hémorragie intra-ventriculaire médicale.

Je crois que la contusion cérébrale et les hémorragies spontanées peuvent, tout aussi bien que la fracture du crâne, s'accompagner d'un épanchement sanguin dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire est donc incapable de nous servir à établir le diagnostic différentiel entre ces deux ordres de lésions.

Il ne me reste plus que quelques mots à ajouter sur la *valeur thérapeutique* de la ponction lombaire dans les traumatismes crâniens s'accompagnant d'épanchement hémorragique intra-méningé. Théoriquement, il était facile de prévoir qu'en diminuant l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, on arriverait à atténuer, sinon à supprimer les symptômes plus ou moins accentués et pénibles qui semblent résulter de cette hypertension. Dans la communication que je vous ai faite le 17 juillet dernier, je terminais par ces lignes :

« Enfin, il n'est peut-être pas téméraire de penser « que ces ponctions pourront acquérir une valeur « thérapeutique : la décompression des centres ner- « veux, que nous recherchons par la trépanation, ne « pourrait-elle être obtenue plus simplement par « une soustraction abondante de liquide céphalo- « rachidien à l'aide de la ponction lombaire ? » Le fait de M. Poirier montre que ces prévisions n'étaient pas exagérées.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Les Diverticules de la vessie

par le Dr Alcée Durrieux
Ancien interne des hôpitaux

Les diverticules de la vessie sont des cavités annexées à cet organe et dues à l'expansion d'une partie de sa paroi. Ils sont caractérisés par la présence d'un orifice de communication nettement délimité, par l'absence d'orifice urétéral dans leur cavité et par un revêtement muqueux, continu avec celui de la vessie et qui tapisse toute leur face interne.

Dès le XVIIIe siècle, la science s'était occupée de la nature de ces cavités qui avaient passé jusque là pour des vessies doubles, triples, voire même quintuples.

Tenon, Littré, Morgagni admirent après de savantes et patientes observations que ce n'étaient pas là des difformités congénitales de la vessie, mais bien des productions pathologiques. Dès lors, les théories pathogéniques se multiplièrent, caractérisées par une terminologie multiple ; pour les uns, on avait affaire à une faiblesse congénitale d'une portion de la paroi, pour d'autres, c'étaient des calculs interstitiels qui se creusaient une loge mise secondairement en communication avec la vessie ; Houstet, enfin, proposa la doctrine de la hernie muqueuse qui fut imposée, 50 ans plus tard, par Cruveilhier, sous le nom de hernie tuuiquaire ; les observateurs Chopart, Civiale, Voillemier, Follin, complétèrent l'histoire clinique de cette affection et s'attachèrent à signaler dans leur description les symptômes qui la caractérisaient. Ils firent de l'absence de fibres musculaires dans la paroi diverticulaire, le symptôme capital de la cellule, nom qu'ils donnaient au diverticule. Plus récemment, les travaux de l'école allemande battirent en brèche cette loi et établirent qu'il existait deux sortes de diverticules, ceux qui contiennent une musculature, ceux qui n'en contiennent pas : les premiers étant d'origine congénitale, les seconds étant acquis. L'observation minutieuse des faits nous a permis de proposer une théorie uniciste basée sur une évolution identique des deux groupes : les diverticules congénitaux, les diverticules acquis. Ce n'est pas cette division, très juste en elle-même, que nous combattons, ce sont les symptômes pathognomoniques qu'on attribue à chaque catégorie. Les diverticules acquis sont dus à des obstacles permanents au cours de l'urine : hypertrophie prostatique, rétrécissement de l'urèthre : souvent aussi, ils sont dus à la présence de calculs dans la vessie.

Les diverticules congénitaux sont comme la plu-

Digitized by Google

part des difformités datant de la vie fœtale, sous la dépendance de faits impossibles à préciser. Certains auteurs ont voulu leur donner, comme origine, des obstacles à la miction pendant la vie intra-utérine, mais ils n'ont étayé leur thèse d'aucun fait probant.

Ces deux catégories de diverticules s'accroissent suivant un mode pathogénique identique. Les obstacles à la miction permanents et souvent de plus en plus accentués, déterminent une pression intra-vésicale plus forte, de l'urine; la paroi musculaire doit se contracter plus violemment, mais elle n'est pas uniformément résistante : certains points de la musculature s'hypertrophient, formant des colonnes; d'autres portions intercolumnaires, où existent des rudiments de cellules, se laissent distendre. Cette distension, qui s'accentue sans cesse, produit des diverticules souvent volumineux. Le diverticule congénital, préformé, prendra naturellement une importance prédominante sur les petits diverticules tard venus et encore récents.

Au début de sa formation, la paroi sera refoulée dans sa totalité, la couche musculeuse comprise, mais à mesure que se produira l'accroissement de la poche, l'atrophie de compression, la dilacération des faisceaux musculaires, la sclérose vésicale qui pour Ciéchanowski est due non à une prolifération conjonctive, mais bien à une disparition progressive du muscle, toutes ces causes auront pour effet une atrophie de la couche musculaire qui se résorbera peu à peu : et ainsi, sur les diverticules d'une certaine capacité, on ne trouvera plus que des vestiges de la couche musculaire primitive. Si, au contraire, le muscle a résisté à ces attaques, ce qui se produira plutôt dans les diverticules congénitaux où la couche musculaire est moins lésée, le revêtement musculaire se retrouvera intact ou du moins très appréciable sur de grands diverticules. On voit donc bien que ce n'est pas la présence ou l'absence du muscle qui peut classer tel ou tel diverticule dans la catégorie des diverticules congénitaux ou acquis, puisque tous subissent une évolution identique et que c'est seulement le degré de l'évolution où est parvenue la poche qu'on examine, qui fait la différenciation.

Les diverticules acquis sont, en général, assez petits; on les rencontre surtout chez les vieillards dans le sexe masculin; ils y sont assez fréquents. C'est sur des vessies à parois épaissies, à musculature hypertrophiée, à muqueuse altérée qu'on les trouve : l'obstacle (hypertrophie prostatique, rétrécissement de l'urèthre, calcul) qui a provoqué la dysurie, et partant, la formation du diverticule, est en général facilement décelé.

Les diverticules congénitaux, de grande taille le plus souvent, sont rares. Ils se rencontrent dans les deux sexes, à tous les âges : ils se trouvent dans des vessies qui souvent ne présentent aucune altération.

Les diverticules peuvent siéger partout à la surface interne de la vessie. Dans la majorité des cas, c'est aux environs des orifices urétéraux qu'on les rencontre : la disposition anatomique de la musculature externe normale de la vessie peut expliquer cette prédilection; en effet, les faisceaux musculaires forment normalement autour des orifices urétéraux des anses qui contournent ceux-ci en laissant des intervalles plus ou moins larges où les faisceaux de cette couche manquent totalement; il existe donc là une faiblesse congénitale normale qui, pour peu qu'elle soit exagérée, est un *locus minoris resistentiæ* tout désigné pour la formation d'une hernie musculaire. D'autre part la couche musculaire moyenne se continue directement de la vessie sur l'uretère, sans former aucun anneau sphinctérien; ses faisceaux peuvent donc plus facilement se laisser déprimer par une pression intra-vésicale. Ces deux circonstances, on le voit, prédisposent cette région à la formation de diverticules.

Les petites cellules acquises se trouveront de préférence à la paroi postérieure de la vessie, par conséquent en arrière des orifices urétéraux, les parois latérales, préorificielles, étant plutôt l'apanage des diverticules congénitaux.

La théorie du flot, d'Anicet, permet d'expliquer ce lieu d'élection des diverticules acquis : quand la vessie, dit Anicet, reçoit un choc limité, il se produit un flot qui peut déterminer la rupture au point diamétralement opposé au point frappé. Toute rupture serait précédée d'une hernie tuniquaire extemporanée. On peut admettre que si le choc est trop faible et se répète fréquemment, il peut, au lieu de provoquer la rupture, produire le premier terme de celle-ci, la hernie tuniquaire : or, le choc minime, mais fréquemment répété, lorsqu'il y a obstacle à la miction, part de la sangle abdominale; c'est donc bien à la face postérieure que le muscle devra supporter le plus grand effort, s'hypertrophier et recéler entre ses lacunes de petites hernies tuniquaires acquises.

Quant à la localisation au sommet, qui est assez fréquente, on peut admettre dans la majorité des cas qu'il s'agit là d'une perméabilité persistante du bout inférieur de l'ouraque.

Les diverticules vides sont ordinairement affaissés, et pour en connaître la forme, il est nécessaire de les injecter ou de les insuffler; on reconnaît alors qu'ils sont le plus souvent sphéroïdes, lisses et réguliers; quelques-uns affectent une forme conoïde : les adhérences, les compressions peuvent d'ailleurs rendre leur forme irrégulière.

Le nombre des diverticules est en raison inverse

Digitized by Google

de leur volume ; les petits diverticules acquis sont généralement multiples ; les grands diverticules sont le plus souvent uniques : ils dépassent très rarement le nombre de 3 ou 4 ; on rencontre parfois un ou deux grands diverticules, ordinairement congénitaux, conjointement avec de petits diverticules multiples, et certainement acquis. Ces cas sont démonstratifs pour l'étude pathogénique des diverticules ; les grands diverticules, manifestement préexistants, se sont considérablement développés sous l'influence de la même cause dysurique qui a provoqué la formation des cellules récentes. Lorsqu'existent deux grands diverticules, ils sont souvent symétriques, nouvel indice à l'appui de leur origine congénitale. Les diverticules peuvent atteindre des dimensions énormes et dépasser plusieurs fois le volume de la vessie. Il est vrai que, dans ces cas, il s'agit d'une question de rapport qui n'indique pas la capacité réelle du diverticule, la vessie étant alors, d'habitude, considérablement diminuée de volume. Les grands diverticules oscillent entre la taille de l'œuf de poule et celle de la tête d'un enfant ; les petits, quelquefois gros à peine comme un grain de mil, peuvent acquérir le volume d'une noix ; ces derniers étaient appelés cellules par les auteurs classiques, les grands diverticules étant désignés sous le nom de poches.

Quand il existe plusieurs diverticules de taille moyenne, ils sont, en général, de dimensions différentes, sauf dans le cas de symétrie. Les grands diverticules font à la face externe de la vessie, lorsqu'ils sont tendus, une saillie appréciable, en rapport avec leur taille ; les petits sont interstitiels.

Les rapports des diverticules varient avec leur situation et leur volume : ils affectent souvent des connexions étroites avec l'uretère correspondant, qui longe souvent toute leur paroi externe avant de pénétrer dans la vessie.

L'orifice des diverticules est habituellement de dimensions correspondantes à leur volume ; pourtant il arrive que des diverticules assez volumineux aient des orifices minuscules : c'est ainsi que les calculs peuvent être enkystés. L'orifice est régulier, arrondi, tapissé par la muqueuse ; il forme un anneau peu extensible ordinairement, et plus ou moins saillant ; il est souvent creusé entre deux colonnes musculaires qui empiètent sur la lumière ; lorsqu'il est petit, il peut être masqué par un pli de la muqueuse. La notion de l'épaisseur de cet orifice a une grande importance, car, dans le cas d'enchatonnement d'un calcul, si l'on veut débrider l'orifice, il est indispensable que l'on ait affaire à un orifice épais pour éviter le risque grave de la perforation vésicale. L'orifice est situé plus ou moins haut sur la paroi interne du diverticule ; de sa situation dépend en partie le pronostic du diverticule. En effet, un orifice placé à la partie supérieure du diverticule ne pourra suffire à l'évacuation de celui-ci, l'urine y stagnera, amenant des complications inflammatoires ; au contraire, s'il est situé à la partie déclive, le diverticule se videra à chaque miction et ne produira aucun accident.

La paroi des diverticules est, d'ordinaire, plus mince que celle de la vessie. Elle comporte une muqueuse continue avec la muqueuse vésicale, présentant les mêmes caractères, et souvent altérée par des lésions inflammatoires, une sous-muqueuse formée de fibres plus lâches au fond de la cellule où le décollement muqueux est facile, très serré et adhérent aux environs de l'orifice d'entrée. La couche moyenne est constituée par un tissu fibro-conjonctif plus ou moins épais et serré, formant un feutrage dense ; tantôt ce tissu fibro conjonctif forme à lui seul la couche moyenne, tantôt il y a dans les mailles du feutrage, des faisceaux musculaires dont l'importance est variable ; on n'y découvre parfois que quelques fibres musculaires isolées ; au contraire, ce sont, d'autres fois, des faisceaux bien constitués, en rapport avec la musculature de la vessie ; on croyait, autrefois, que ces faisceaux musculaires étaient étouffés par la prolifération conjonctive, en un mot, qu'il y avait sclérose vésicale. Ciechanowski a récemment démontré qu'il n'y avait pas sclérose, mais bien atrophie, disparition des fibres musculaires, et que c'est à cette cause qu'était due la modification du rapport entre les deux tissus. La sclérose vraie n'existerait que dans les cas d'infection avec lésions inflammatoires chroniques.

La couche externe sous-péritonéale est formée d'un tissu cellulo-fibreux dont l'abondance et la laxité influent beaucoup sur l'évolution du diverticule ; s'il est lâche et abondant, le diverticule pourra prendre un grand développement, sans provoquer aucun symptôme de compression ; si, au contraire, ce tissu est serré et dense, le diverticule contractera des adhérences intimes et précoces avec les organes voisins : rectum, péritoine pelvien, anneau inguinal, vésicule séminale, prostate, appendice, trompe ; il en résultera, si le diverticule s'accroît, des accidents de compression dans ces organes ; d'autre part, si le diverticule subit des phénomènes inflammatoires avec processus ulcératif, une fistule fera communiquer les deux organes connexes.

La vascularisation des parois comporte un réseau de capillaires ordinairement dilatés et des vaisseaux à lumière large et dont les parois présentent fréquemment des lésions inflammatoires.

Les diverticules, quand l'orifice est placé à la partie inférieure, ne contiennent d'urine que lorsque

Digitized by Google

la vessie est pleine. Ils se vident à chaque miction, dans le cas contraire, l'urine stagne et devient purulente, infecte; c'est ce que l'on rencontre le plus souvent. Enfin très souvent les diverticules logent des calculs.

Les petits diverticules ne se révèlent par aucun symptôme fonctionnel ou physique vraiment typique; autrefois on ne pouvait que les soupçonner, non les diagnostiquer. L'examen cystoscopique permet aujourd'hui de les déceler dès leur début; on aperçoit une petite excavation ou un trou noirâtre dont on peut déterminer exactement la situation et la dimension.

Les grands diverticules, au contraire, se révèlent par des symptômes dont le groupement permet d'arriver au diagnostic. Au point de vue fonctionnel, on remarque une miction en deux temps, la deuxième émission d'urine étant purulente et augmentée par la pression abdominale. Ce symptôme regardé autrefois comme pathognomonique, peut être produit par une vessie atone, se vidant mal et infectée, avec un bas fond prononcé; pourtant lorsque ce symptôme coïncide avec l'existence d'une tumeur sus-pubienne variable comme grosseur et comme consistance et s'affaissant pour reparaître lorsque la vessie se remplit soit naturellement, soit par une injection, il y a là un ensemble de symptômes dont la réunion est presque pathognomonique; mais, pour trouver ces symptômes il faut que le diverticule soit situé à la partie supérieure, latérale de la vessie; les diverticules de la paroi postéro inférieure ne bombent pas à la paroi abdominale. Quelquefois par le toucher vaginal ou rectal, on peut reconnaître la présence d'une poche pleine dont la pression provoque le besoin d'uriner, mais il n'en reste pas moins vrai qu'il est rare de rencontrer réunis tous les symptômes permettant d'affirmer qu'on a affaire à un diverticule et que le plus souvent on en était réduit aux conjectures.

Le problème était assez ardu pour que nombre de méthodes aient été recherchées afin de parvenir au diagnostic. Civiale en a préconisé une qui lui donnait la presque certitude de la présence de cellules; elle était basée sur la différence quantitative entre l'eau injectée dans la vessie après évacuation préalable, et l'eau ressortant; la quantité étant moindre, il en concluait qu'une partie de l'eau pénétrait dans les cellules et y demeurait; si alors pressant fortement la paroi abdominale, il obtenait encore une certaine quantité de liquide, sa conviction était faite. La méthode était ingénieuse, mais rarement applicable avec sûreté.

Aujourd'hui la cystoscopie permet, dans ces cas, de voir, d'étudier la situation, la forme, les caractères de l'orifice, d'explorer la poche et d'en connaître la capacité et le contenu. On peut donc, dans la majorité des cas, affirmer le diagnostic de diverticule, et parer aux inconvénients de cette lésion.

Il existe un certain nombre de particularités anatomiques et pathologiques, qui peuvent créer des recessus, des dépressions de la paroi vésicale, dans lesquels peuvent se loger des pierres; ces recessus peuvent en imposer pour des diverticules; nous les avons réunis sous le nom de faux diverticules. Nous citerons certaines formes anatomiques irrégulières de la vessie, signalées par Barkow, chez les femmes, et où deux saillies latérales donnent à la vessie une configuration particulière. Un bas fond considérable peut donner également la plupart des symptômes de diverticule; de même la persistance de l'ouraque, les contractions irrégulières de la vessie, des brides, un lobe moyen très saillant de la prostate, un abcès péricystique évacué dans la vessie, une fistule communiquant avec un organe voisin peuvent en imposer dans certains cas pour des cavités diverticulaires: ce sont de faux diverticules, ils n'en ont pas les caractères anatomiques essentiels. De même les diverticules uréthraux, et surtout urétéraux, qui parfois provoquent la formation d'un kyste urinaire intravésical, peuvent être pris pour des diverticules de la vessie; erreur de siège. Enfin les vessies doubles, rares d'ailleurs, ne sauraient être confondues avec les diverticules: ce sont des malformations congénitales et l'on trouve, dans ce cas, un septum médian partageant la vessie en deux moitiés communiquant par un orifice plus ou moins grand; ce septum est surajouté, il n'est pas formé par une dilatation de la paroi, ce n'est pas une production pathologique fœtale ou acquise, c'est bien une malformation. Enfin un orifice urétéral se trouve dans chaque cavité; il ne s'agit donc, là encore, que d'un faux diverticule. La notion de ces faux diverticules est utile à avoir, et il faut éliminer les unes après les autres les causes qui peuvent les susciter; on arrive ainsi par élimination au diagnostic précis de diverticule.

Les complications des diverticules tiennent à des causes diverses: tantôt à des accidents inflammatoires, tantôt à la présence de calculs dans la cavité, tantôt à la cystocèle du diverticule.

La stagnation d'une urine infectée dans la cavité du diverticule peut provoquer de graves lésions inflammatoires: le résidu urinaire devient purulent, infect; dans ce cas, souvent la muqueuse s'ulcère, et si les lésions de sclérose inflammatoire chronique n'empêchent pas la progression du processus ulcératif, il peut survenir finalement une perforation vésicale. Si le diverticule n'est adhérent à aucun organe, il se produira alors, suivant le siège, soit une péritonite purulente, rapidement mortelle, soit un abcès uri-

Digitized by Google

neux ou une infiltration d'urine ; si le diverticule est adhérent au rectum, à l'intestin ou à l'un des autres organes pelviens, une fistule se forme, dont le pronostic est toujours fort grave.

Les calculs inclus dans un diverticule peuvent être enchatonnés ou enkystés, suivant la dimension de l'orifice diverticulaire, l'enkystement n'existant que lorsque l'orifice est microscopique ou fermé. Les calculs peuvent être libres ou adhérents à la paroi du diverticule par leurs aspérités, par pénétration de bourgeons de la muqueuse dans leurs interstices, par formation du calcul autour d'un bourgeon charnu. Le calcul est souvent unique, lorsqu'il a un certain volume, mais les petits calculs sont souvent multiples. Il y a parfois des calculs en sablier, dans lesquels une portion intra-vésicale est unie à la portion intra-diverticulaire par un collet plus étroit ; ces calculs donnent souvent lieu à des échecs de lithotritie.

Les calculs enchatonnés peuvent être tout à fait latents ou intermittents dans leurs manifestations : dans ce dernier cas, ils sont parfois expulsés dans la cavité vésicale où ils provoquent les symptômes habituels de la pierre, puis ils réintègrent spontanément leur loge où ils redeviennent latents.

L'enchatonnement du calcul constitue toujours une complication opératoire. La présence d'un diverticule est une cause prédisposante de cystocèle, d'après Alessandri ; mais toutes les cystocèles ne sont pas formées par un diverticule : on reconnaît que le diverticule inclus dans la cystocèle est préformé, lorsque son collet ne correspond pas à l'anneau inguinal, comme situation ou comme volume.

C'est surtout dans l'anneau inguinal que se hernie le diverticule. Celui-ci peut se remplir d'urine et provoquer une tension intermittente de la hernie ; il peut contenir des calculs.

Le pronostic des diverticules peut devenir grave à cause des complications inflammatoires de leur cavité. Dans tous les cas, un diverticule reconnu doit être surveillé et traité.

Longtemps, le traitement des diverticules a été purement palliatif, il tendait à faciliter l'écoulement de l'urine par le cathétérisme, à nettoyer la vessie, et, si possible, le diverticule par des lavages. Depuis quelques années on a fait des tentatives intéressantes de traitement curatif ; l'ablation, l'exclusion, ont été pratiquées avec succès. Ces méthodes sont encore trop exceptionnelles pour pouvoir s'imposer, mais elles laissent espérer que la cure radicale des diverticules pourra entrer dans le domaine de la chirurgie vésicale.

La cystoscopie, d'autre part, rend déjà et rendra de plus en plus de signalés services dans la thérapeutique des diverticules. De visu, on peut pénétrer dans le diverticule, le laver, le drainer, et même y atteindre et y broyer un calcul.

Le plus souvent, dans le cas d'enchatonnement, c'est à la taille suspubienne qu'il faut recourir, la lithotritie étant impuissante dans le plus grand nombre de cas. L'opérateur devra dilater l'orifice pour livrer passage au caillou et ne le débrider que quand il aura acquis une notion certaine, sur l'épaisseur de cet orifice.

La cystocèle devra autant que possible être réduite, la résection devra être exceptionnelle.

En résumé, on voit que dans la plupart des cas, le traitement curatif des diverticules n'est pas possible et que c'est à la propreté, à l'hygiène du diverticule qu'il faut s'en tenir, pour éviter les complications inflammatoires ; grâce à la cystoscopie ce traitement est désormais facile, et on peut espérer que dorénavant, les accidents diverticulaires seront de moins en moins fréquents.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Troubles cardiaques chez les dyspeptiques. — Après les belles recherches de M. Huchard sur les faux cardiaques, le travail de M. G. Singer n'a plus grand intérêt pour nos lecteurs Cet auteur a constaté des palpitations et des faux-pas du cœur chez des dyspeptiques, des dilatés, des constipés et chez des entéroptosiques. Chez quelques-uns de ces derniers, il a noté aussi de l'arythmie prolongée, qui a disparu avec le traitement pathogénique par le calomel, des purges, du naphtol B et du menthol. D'autres malades de ce groupe ont présenté de la bradycardie. Celle-ci se rapproche de la bradycardie de l'ictère ou de celle qu'on voit parfois dans la fièvre typhoïde. Singer admet comme étiologie et le reflexe nerveux, et l'auto-intoxication, d'ailleurs sans idée nouvelle à leur sujet ni à la délimitation de leur rôle respectif. Il ignore les travaux français postérieurs à ceux de Laënnec et de Lasègue (*Wiener. Klin. Rundchau*), — Bd.

Etiologie et histologie de l'endocardite. — Bartel a repris la question de l'origine microbienne ou diathésique de l'endocardite valvulaire Il a pu examiner 23 cas d'endocardite verruqueuse histologiquement et bactériologiquement. Quatre fois seulement, il a trouvé le streptocoque pur ou associé au colibacille sur les coupes et dans les cultures ; dans ces cas la structure histologique des végétations endocardiques démontrait leur développement récent ; le stroma n'était pas encore organisé. Dans cinq cas, les cultures furent positives et donnèrent du streptocoque malgré l'âge et la structure plus avancées des végétations ; il est probable que les germes invisibles sur de nombreuses coupes, étaient restés viables dans le tissus de la valvule malade. Dans sept autres cas, les cultures restèrent stériles, l'organisation des excroissances était complètement terminée. Enfin, dans six observations d'endocardite provenant de sujets cachectiques—phthisiques et cancéreux — l'examen histologique prouve que les végétations n'étaient que de petits thrombus appliqués sur la valvule intacte, et non pas des excroissances de celle-ci. Les cultures restèrent stériles (*Wiener klin Wochenschrift*). Bartel les considère ave Ziegler comme des thrombus de marasme, et ne croit pas à leur origine toxique invoquée par Hanot et par Harbitz, ni à leur nature bacillaire admise par Tripier, Etienne, Leyden, Michaëlis, Blum. Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement et pathogénie de la gastro-succorrhée. — D'après M. Soupault, la gastro-succorrhée, ou maladie de Reichmann, est due toujours à un ulcère siégeant dans le voisinage du pylore. Cette opinion, déjà soutenue par M. Hayem, ne fait donc du syndrome de Reichmann, qu'une variété de la maladie de Cruveilhier, empruntant des caractères spéciaux à sa localisation pylorique.

A cet ulcère du pylore vient s'ajouter un trouble physiologique fonctionnel, qui est le spasme, la contracture du pylore, provoquée par la lésion ulcéreuse. Cet élément spasmodique surajouté est la cause des troubles fonctionnels intermittents : douleurs, vomissements, hypersécrétion. Sans cette contracture, l'ulcère du pylore resterait silencieux, et ne déterminerait pas ces crises si pénibles et si caractéristiques qu'accusent périodiquement les malades.

Voici comment M. Soupault traite cette affection. (*Soc. de Thérap.*, 20 novembre.) Il ordonne d'abord le repos physique et moral, car l'influence est grande du système nerveux général sur la marche du syndrome de Reichmann. Si les malades sont dans une crise grave, avec phénomènes subjectifs intenses, douleurs vives et vomissements répétés, le repos complet au lit est nécessaire pendant huit jours. Si les symptômes fonctionnels sont moins intenses, il prescrit le repos au lit pendant 12 à 15 heures avec défense absolue de se livrer le reste du jour à une occupation fatigante, qu'elle soit intellectuelle ou manuelle.

En même temps, l'on cherche à réaliser le repos local de l'estomac ; et pour cela, il faut éviter à l'organe un travail trop grand de la musculature et une irritation trop vive de la muqueuse en prescrivant un régime alimentaire exigeant de l'estomac un travail minimum. Lorsque les phénomènes réactionnels sont très marqués, on prescrira la diète absolue pendant 24 à 48 heures, durant lesquelles les malades sont traités par des lavements d'eau salée et des injections de sérum artificiel. Quand la phase aiguë sera passée, on conseillera le régime lacté, pur d'abord, puis mitigé : d'abord les œufs crus battus dans du bouillon, les potages aux farines délayées, puis après une période de huit ou dix jours, les légumes en purée, les crèmes, la viande crue, les viandes râpées ou hachées avec le masticateur, la poudre de viande donnée le matin et à 4 heures de l'après-midi, en dehors des repas. On évitera tous les mets irritants, les boissons alcooliques, les légumes ou les fruits trop grossièrement divisés pouvant laisser un résidu dans l'estomac.

Le traitement médicamenteux consiste uniquement dans l'emploi des alcalins (bicarbonate de soude, craie préparée, magnésie calcinée associée au sous-nitrate de bismuth). On donnera un cachet ou un paquet de ce mélange toutes les deux heures pour maintenir constamment saturé le suc gastrique hyperacide. La dose exacte ne peut en être indiquée d'emblée ; il faut tâtonner pour connaître les susceptibilités particulières de chaque malade.

La révulsion sur le creux de l'estomac est très utile ; l'application de la compresse froide de Priessnitz ou de cataplasmes sinapisés sont suivis d'effets calmants des plus marqués.

Le cathétérisme, les lavages de l'estomac fatiguent beaucoup les malades, et ne seront employés avec prudence qu'une ou deux fois par semaine.

Ce traitement médical produit souvent d'heureux résultats ; mais trop fréquemment encore, il échoue, et presque toujours il ne produ, it debons effets que temporairement.

En effet, le syndrome de Reichmann est essentiellement une maladie à rechutes, qui se produisent à des intervalles plus ou moins longs, sous l'influence de fatigues, d'écarts de régime, et même sans causes appréciables, pour devenir ensuite très rapprochées.

Le traitement médical est donc purement palliatif, et d'après M. Soupault, le traitement véritablement curateur de la gastro-succorrhée est l'intervention chirurgicale.

Il faut savoir en effet que cette affection peut subitement s'aggraver, que des complications graves peuvent survenir : hématémèse parfois très marquée, et surtout perforation de l'estomac, accident toujours mortel, développement d'un cancer greffé sur un ancien ulcère.

Voici ce que l'on observe aprés la gastro-entérostomie, conseillée par cet auteur et d'après ses propres observations :

1° L'état général s'améliore. Les malades engraissent, reprennent leur appétit, leur embonpoint, leurs forces.

2° Les troubles subjectifs disparaissent. On ne constate plus de douleurs, plus de vomissements, plus de malaises gastriques. La pression de l'estomac est indolore. Ces résultats se maintiennent même chez les malades qui au bout de quelque temps abandonnent tout régime. Les fonctions intestinales reprennent leur régularité.

Digitized by Google

Cependant, les signes physiques persistent, quoique très atténués. La dilatation de l'estomac reste souvent très marquée ; la stase ne diminue que très lentement et peut même rester d'une façon définitive. Enfin, le chimisme gastrique n'est pas toujours aussi heureusement modifié qu'on pourrait l'imaginer. Souvent l'hyperacidité est moindre; mais souvent aussi, on constate encore un taux élevé d'acide chlorhydrique et une hypersécrétion marquée.

Quoi qu'il en soit, les résultats favorables du traitement chirurgical résistent à l'épreuve du temps, et peuvent être considérés comme définitifs. — H. M.

Emploi thérapeutique de l'aspirine. — Ce médicament, successivement étudié par Dreser, Filippi, Liesau, Renon et Liron, vient de faire l'objet de la thèse du Dr Carré, sous l'inspiration de M. Renon (*Th. Paris*, 1901).

L'aspirine est l'acide acétylsalicylique qui se présente sous forme de fines aiguilles blanches, d'un goût agréable, astringent, solubles dans l'eau à 1/100.

Elle possède deux propriétés : l'une anti-thermique, l'autre analgésique. Dans le rhumatisme articulaire, MM. Renon, Comby en ont obtenu de bons résultats à la dose de 1 gramme par jour en 4 doses. Dans certaines observations de carcinome douloureux, elle aurait calmé les douleurs. Dans les fièvres, elle abaisse la température.

La dose maxima est de 4 grammes, mais les doses moyennes sont de 1 à 2 grammes. Quand elle est donnée d'une manière continue, on la prescrit à doses décroissantes, mais il faut être sobre dans l'administration des fortes doses qui amènent de fortes chutes de température. Elle doit être donnée dans l'après midi par doses de 0.50 centigr. sous forme de cachets.

Quelque temps après l'administration du médicament, le malade entre dans une phase de transpiration plus ou moins abondante, précédant la phase de l'abaissement thermique. Avec les fortes doses, les sueurs sont très abondantes.

Ces sueurs se produisent sans frissons, sans malaise, et sont suivies de sensation de bien-être. Les urines restent au taux normal, ou bien augmentent et redeviennent limpides et claires. La température est complètement abaissée trois heures après l'ingestion du médicament.

On a reproché à l'aspirine l'affaiblissement du malade consécutif aux sueurs, et les chutes brusques de température qui peuvent produire le collapsus, mais ces reproches ne sont peut-être pas aussi fondés qu'on le prétend, car les accidents sont rares. Du reste, M. Renon n'a jamais observé de collapsus. L'aspirine est un médicament inoffensif qu'on peut prescrire sans crainte d'accidents d'intoxication. Les signes d'intolérance que l'on observe avec le salicylate de soude ne se produisent pas avec l'aspirine. Quatre fois seulement, jusqu'ici, d'après les observations publiées, l'aspirine ne fut pas parfaitement supportée. L'action sur l'estomac est nulle, elle ne produit pas d'albuminurie. Chez les tuberculeux, elle est susceptible de produire de bons résultats.—S. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La trépanation de l'apophyse mastoïde. — De nombreux procédés ont été proposés; d'après Broca (Monog. Clin.), le choix sera guidé par les considérations suivantes : on doit avoir comme but initial la recherche de l'antre; cette recherche doit-être faite par voie retro-auriculaire ; l'incision retro-auriculaire sera rapprochée autant que possible du pavillon ; on ouvrira largement toutes les cavités osseuses où le pus peut être retenu.

L'antre est la seule cellule constante dans son existence, et à peu près constante dans ses rapports. Aussi doit-on abandonner le procédé de Délaissement qui ouvre les cellules de la pointe, celles-ci étant inconstantes. Il en est de même du procédé qui consiste à ouvrir l'antre par le conduit auditif pour éviter le sinus, car si l'on s'éloigne du sinus, on se rapproche du facial. La voie retro-auriculaire est préférable, le seul danger qu'elle présente est la blessure du sinus ; pour l'éviter il faut inciser juste dans le sillon rétro-auriculaire et en outre refouler avec une rugine le pavillon en avant, jusqu'à voir le commencement de l'entonnoir du conduit. Le système cellulaire étant très complexe, très variable, certains groupes ne communiquent que fort étroitement avec l'antre; pour assurer un drainage efficace, il faut faire sauter successivement toutes les lames osseuses qui séparent les cellules l'une de l'autre, ou de l'extérieur ; il faut créer une cavité unique, largement ouverte en arrière du conduit.

La technique de l'opération typique est la suivante :

L'incision cutanée sera tracée juste dans le sillon rétro-auriculaire, elle doit mesurer toute la hauteur de l'apophyse et se recourber au-dessus du conduit. Cette incision doit intéresser, en un seul temps, tous les plans, périoste compris ; la section de l'artère auriculaire postérieure ou de ses branches donne lieu à une hémorrhagie notable dont il ne faut pas s'inquiéter.

Dans un deuxième temps on dénude, de quelques coups de rugine toute la région de l'apophyse et du

Digitized by Google

conduit, jusqu'à voir le contour de l'entonnoir osseux, son bord supérieur, l'épine de Henle. On a ainsi nettement sous les yeux le champ opératoire et l'on peut alors faire facilement l'hémostase.

On vérifie avec l'ongle les repères osseux, la ligne temporale, l'épine de Henle, si le sujet est peu âgé, la ligne de la suture mastoïdo-squameuse, le contour postérieur et supérieur du conduit osseux. On peut avec ces repères aller à coup sûr à la recherche de l'antre.

D'après Broca, le seul instrument convenable est le ciseau à froid actionné par le petit maillet en plomb.

Chez l'adulte, on doit agir sur un carré d'environ 1 centimètre de côté, situé à 6 millimètres en arrière de la moitié supérieure du conduit affleurant en haut la crête sus-mastoïdienne, ou ligne temporale.

On prendra un ciseau d'environ 1 centimètre de large, et on l'appliquera bien perpendiculairement à l'os, à 5 millimètres du conduit marqué par l'épine de Henle, parallèlement à la circonférence de ce conduit, et l'angle supérieur à hauteur du pôle supérieur du conduit. En deux ou trois coups bien secs de maillet, on le fait pénétrer à 2 ou 3 millimètres de profondeur. On agit de même sur le bord supérieur du carré d'attaque, c'est-à-dire un peu au-dessus de la crête sus matoïdienne, puis sur le bord inférieur, c'est-à-dire à 1 centimètre au-dessous de la crête et parallèlement à elle. Pour ces deux traits, le ciseau est également tenu perpendiculairement à l'os.

Reste le côté postérieur du carré, que rend dangereux le sinus latéral, quoique le danger soit rare à 15 millimètres en arrière du conduit. Pour fermer le carré on tiendra le ciseau assez obliquement, 45° degré environ, et en quelques coups bien secs on fera sauter le carré de corticale.

Souvent on sera tout de suite dans l'antre, mais souvent aussi on devra creuser plus loin; on le fera prudemment, toujours au ciseau et au maillet, millimètre par millimètre, en poussant le travail également sur tous les bords en profondeur, mais non en largeur. A partir de 1 centimètre de profondeur, en effet, on se méfiera de plus en plus; en raison du facial en bas et en avant, du sinus en arrière; on respectera ces régions et on transformera le carré en entonnoir; on burinera en haut, en avant et en dedans, en se portant vers la région de l'aditus. Pour cela, on se servira d'un ciseau large de 4 à 5 millimètres.

Chez l'enfant on se servira exclusivement de ces petits ciseaux, le carré d'attaque ne devant avoir que 5 millimètres de côté.

On ne se servira de la curette que chez l'enfant au-dessous d'un an. On ne doit pas s'occuper primitivement des lésions de la corticale, dénudation ou fistule, à moins qu'elles ne répondent au siège bien repéré de l'antre; toute opération bien conduite doit commencer par la recherche de l'antre au lieu d'élection. Le temps suivant consiste à mettre à jour toutes les cellules secondaires sans laisser un cul-de-sac où le pus puisse stagner.

On effondrera facilement, à la curette, les minces cloisons qui séparent les cellules; le protecteur de Stacke donne une sécurité absolue. On insinue le bec de l'instrument sous la corticale, en bas d'abord, vers la pointe, puis en arrière vers le sinus, et sur ce bec, qui empêche toute pénétration intempestive dans la profondeur, on détruit, à petits coups de ciseau, les cloisons osseuses ainsi constituées.

Reste à examiner la cavité osseuse; pour cela il faut qu'elle soit exsangue, ce qu'on obtient en faisant une légère compression avec de la gaze stérilisée.

Broca ne lave jamais et a renoncé à la réunion immédiate; il se contente de tamponner la cavité à la gaze iodoformée, et de faire un pansement compressif : en faisant le pansement on a soin de mettre une mèche de gaze dans le conduit. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES NERVEUSES

La jusquiame et ses alcaloïdes dans la thérapeutique des maladies nerveuses. — Les alcaloïdes de la jusquiame sont au nombre de trois : l'hyoscyamine (cristalisée), la sikéranine (amorphe) et l'hyoscine (sirupeuse), mais le premier et le dernier sont seuls utilisés en thérapeutique.

L'hyosciamine, d'après Ladenburg, est un alcaloïde isomère de l'atropine, et possède les mêmes propriétés physiologiques. C'est un déprimant du système nerveux, mais, pas plus que l'atropine, ce n'est un hypnotique dans le sens vrai du mot. Il faut des doses très élevées pour obtenir un effet comateux.

Toutefois, l'hyoscyamine a été employée comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales. Elle modifie, d'après Dotto, les tendances et les impulsions morbides.

L'hyoscine est un corps sirupeux, isolé par Ladenburg, et est la base de nombreux sels dont le chlorhydrate est seul aujourd'hui utilisé en thérapeutique. Ce chlorhydrate est un sel blanc, cristallisé, d'un goût amer, soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther. Employé d'abord en Allemagne, puis aux Etats-Unis, il a été expérimenté en France par Gley et Rondeau, Mairet et Combemale, Magnan.

L'action physiologique a été ainsi définie par Magnan : « Quand on injecte à un malade en proie

Digitized by Google

à une vive excitation maniaque. 1 milligramme ou 1 milligr. 1/2 de chlorhydrate d'hyoscine, on ne remarque d'abord aucun changement dans ses allures; mais, au bout de 5 à 10 minutes, rarement davantage, l'agitation s'apaise, les mouvements perdent leur brusquerie et leur rapidité; ils sont moins étendus. Par intervalles de quelques secondes, le malade reste tranquille, s'arrête s'il est debout, ne gesticule plus. La démarche devient titubante, chancelante, les mouvements mal coordonnés.

La faiblesse musculaire et l'incoordination motrice, obligent bientôt le malade à s'étendre, et au bout de 15 à 20 minutes, il ne peut plus se lever.

Il essaie encore de se redresser, mais ses jambes alourdies ne le soutiennent plus, il se traîne, accroupi sur le sol. En même temps, la loquacité diminue, la volubilité s'amende, il y a des intervalles de silence; la voix devient de plus en plus faible, quelquefois elle est cassée, tremblante, et au bout de 25 minutes elle est éteinte, le malade ne parle plus, ou dit, de temps à autre, quelques mots qu'on a de la peine à saisir.

Un état de lassitude générale accompagne ces phénomènes. Si le malade est assis, la tête retombe sur la poitrine, les paupières se ferment malgré lui, et, finalement, il s'endort. Le sommeil ne paraît pas profond ; si l'on touche le malade, il ouvre les yeux, mais se rendort aussitôt. Ce sommeil dure de cinq à dix heures. Au réveil, le malade reste calme, parfois une demi-heure, et quand l'action du médicament est épuisée, l'agitation et la loquacité reviennent aussi intenses qu'avant l'injection. On observe, habituellement, de la fréquence du pouls, de la tachycardie, de la sécheresse du gosier, de la soif et une mydriase qui persiste parfois trois jours.

L'hyoscine est un antisécrétoire qui donne de bons résultats contre les sueurs profuses, dans le délire alcoolique, ou chez les phtisiques. Préconisée contre l'asthme et la coqueluche, comme antinévralgique elle a donné d'excellents résultats dans la paralysie agitante, la chorée, l'athétose, la sclérose en plaques, la crampe des écrivains ; mais son emploi le plus général est comme agent sédatif et hypnotique contre l'excitation psycho-motrice. Elle a été prescrite contre diverses variétés d'insomnie.

D'après MM. Garnier et Cololian (*Thér. des maladies mentales et nerveuses, Paris 1901*) à qui nous empruntons les éléments de cet article, on est assuré, par son emploi, de calmer les cas d'agitation extrême, passagèrement, il est vrai, et d'obtenir quelques heures de sommeil. C'est un puissant sédatif, auquel on peut recourir lorsqu'on est appelé à transporter ces furieux d'un endroit éloigné dans un asile.

C'est un palliatif et non un curatif.

On l'administre, généralement, par le tissu cellulaire sous-cutané. On peut aussi se servir de la voie stomacale, ou bien l'administrer par le rectum sous forme de lavement.

La dose habituelle est de 1/2 milligramme à 2 milligrammes.

La solution pour injection hypodermique est ainsi composée :

Chlorhydrate d'hyoscine.....	0 gr. 05
Eeau distillée de laurier cerise...	5 —
Eau distillée bouillie.....	20 —

Une demi-seringue de Pravaz de cette solution renferme un milligramme d'hyoscine. — S. R.

MÉDECINE LÉGALE

Les expertises médico-légales

I Role du Médecin légiste

Le médecin légiste est appelé par la justice soit pour examiner un blessé, soit pour déterminer les causes de la mort d'un individu. D'autre part, si dans une affaire envoyée devant les tribunaux, les magistrats ont un doute, ils demandent à un expert des renseignements qu'ils jugent nécessaires à la manifestation de la vérité,

Toutes les fois que le médecin légiste est requis par l'autorité judiciaire, la prestation du serment avant tout examen est nécessaire.

I. Réquisition.— La procédure de la réquisition est réglée par le chapitre I du livre I du Code d'Instruction criminelle qui détermine (art. 9) les personnes chargées de la police judiciaire (crimes, délits, contraventions). Ce sont : les gardes champêtres, les gardes forestiers, les commissaires de police, les maires et leurs adjoints, les procureurs de la République et leurs substituts, les juges de paix, les officiers de gendarmerie, les commissaires généraux de la police, les juges d'instruction.

Toutes ces personnes, sauf, d'après la jurisprudence établie, les gardes champêtres et les gardes forestiers, ont le droit de requérir un médecin pour des consultations médico-légales. A cette liste des personnes pouvant requérir, il faut ajouter les tribunaux et les Cours d'appel s'ils trouvent la première expertise insuffisante ou désirent un supplément d'expertise.

I. Marche de l'expertise. 1° *Prestation du serment.* — Dès qu'il a reçu sa commission de l'officier de police judiciaire, le médecin expert, en vertu de l'article 44 du Code d'Instruction criminelle doit avant toute opération prêter serment. Ce serment n'a de valeur que pour l'expertise elle-même.

Quand vient le jour de l'audience, l'expert est appelé à la barre, non plus comme légiste, mais comme témoin et à ce titre doit prêter à nouveau serment (art, 317 du Code d'Instruction criminelle).

Digitized by Google

Si au cours de l'audience le médecin expert est appelé à faire un supplément d'enquête, de par le vouloir discrétionnaire du Président, il doit avant son nouvel examen prêter à nouveau serment comme légiste (art. 44), puis lorsque quelques minutes après, il apporte le résultat, prête à nouveau le serment de témoin (art. 317).

Rapport. — C'est une pièce écrite, dans laquelle le médecin légiste consigne les résultats de ses recherches. Dans aucun cas l'expert ne doit faire devant un officier de police judiciaire une déposition orale, dont les termes consignés dans un procès-verbal pourraient engager l'avenir. Le médecin est commis pour fournir un rapport, rien de plus.

Dans le *préambule du protocole*, le médecin légiste indique ses noms, qualités, domicile; puis la copie de la réquisition; la mention de prestation de serment; la date de l'opération et la mention des personnes présentes; la nature de l'expertise et le but pour lequel il a été commis.

Dans les *commémoratifs*, l'expert indique les renseignements qui lui sont fournis par la victime concernant la nature de l'arme employée, la direction du coup, la date de l'attentat. Cette partie du rapport n'est propre qu'à l'expert; il doit avoir grand soin de ne pas prendre pour siennes les appréciations de la victime et lui laisser l'entière responsabilité de ses assertions.

La *description des faits* est, avec les conclusions qui en découlent, la partie la plus importante du rapport. Le médecin légiste ne doit employer que des termes précis : s'il y a une plaie, en indiquer la dimension, le siège exact, la direction, mais tout cela sobrement, sans phrases. « Tout votre rapport, dit le Dr Brouardel, doit être une pièce précise, ennuyeuse peut-être, mais sans hors-d'œuvre ou détail inutile, car suivant l'expression de Lorain « les sottises que l'on dit se multiplient pas le nombre de mots qu'on emploie pour les dire ».

Si les conclusions ne découlent pas clairement de la description des faits, il y a lieu d'en discuter l'interprétation. Dans cette *discussion*, le médecin expert fera ressortir, sans entrer dans des détails trop techniques, la signification des principales constatations et en interprètera la valeur,

Enfin les *conclusions* devront être nettes, sans ambiguité; pour plus de clarté, il est bon de les diviser en propositions distinctes et numérotées.

Si, de l'ensemble des faits ne se dégage pas une conclusion précise, le médecin légiste doit le dire nettement dans ses conclusions. S'il a un doute, il doit le signaler en écrivant : « Il n'est pas démontré que... » ou « La constatation ne permettant pas d'affirmer que... ». Mais sans se faire juge de la réalité ou de la fausseté de l'accusation.

Enfin le Dr Brouardel recommande aux experts de ne jamais remettre leur rapport au juge d'instruction sans avoir laissé passer quarante-huit heures entre la rédaction et le dépôt; il faut le relire, retrancher toutes les inutilités, de manière à fournir à la justice une pièce exacte au fond et sobre dans la forme.

3° *Consultations médico-légales.* — Elles ne sont nullement prévues par la loi. Elles sont demandées aux experts par les magistrats quand certaines constatations sont d'interprétation délicate ou discutable. Le médecin légiste est alors « chargé de prendre connaissance des pièces du dossier, de recueillir lui même certains renseignements, de faire ressortir la signification des déclarations de l'inculpé, des dépositions des témoins, de répondre, à l'aide de ces données, à un grand nombre de questions posées par les magistrats. » (Vibert).

Quand la constatation médico-légale est demandée par un accusé ou son avocat, il s'agit en général de donner son opinion sur un premier rapport médico-légal, sur l'interprétation des faits et les conclusions. Dans ce cas, la consultation médico-légale est purement officieuse et ne comporte pas le serment préalable. Quand, lors des débats, le signataire de la consultation est appelé comme témoin à en soutenir les termes, il prête alors le serment en vertu de l'article 317 du Code d'Instruction criminelle.

4° *Conduite de l'expertise.* — a. *Visites.* — Le médecin légiste doit examiner la personne au sujet de laquelle il a été commis, mais ne posséde aucun moyen, en cas de refus, de l'y contraindre. Si l'inculpé ne veut pas subir l'examen médico-légal, l'expert consignera le refus dans un procès-verbal qui sera transmis aussitôt au juge d'instruction. Celui-ci pourra faire remarquer à cette personne que le refus d'examen va à l'encontre de ses intérêts et ne pourra qu'influencer défavorablement le jury, mais c'est le juge qui doit intervenir et non le médecin.

De même, il arrive que le médecin légiste reçoit les aveux d'un accusé. Dans ce cas, il n'a nulle mention à en faire dans son rapport, Il doit conseiller à l'inculpé de faire cette déclaration au juge d'intruction, car lui, commis dans un but déterminé, n'a nullement qualité pour recevoir ses confidences. Si l'expert suivait une autre ligne de conduite, il se mettrait dans une situation fâcheuse, puisque, d'une part, il pourrait être amené dans son rapport, où il consigne ce qu'il voit, à faire entrer des considérations qui iraient à l'encontre de ses conclusions. De plus, au moment de l'exposé de son rapport à l'audience, il ne témoignerait plus seulement en qualité d'expert, mais encore comme témoin à charge.

Toutes les fois que le médecin légiste examine un inculpé, il doit songer à la simulation possible, la dépister est sa tâche la plus délicate et la plus difficile.

En outre, les experts doivent être mis en garde contre une cause d'erreur, qui parfois peut être préjudiciable à des personnes absolument innocentes. Quand il examine soit des femmes hystériques, soit des enfants, il ne saurait être trop prudent, car ces personnes mentent facilement ou répètent avec toutes les apparences de la plus absolue sincérité les faits qui leur sont suggérés.

Digitized by Google

Le Dr Brouardel rapporte que dans un cas, une femme hystérique prétendait avoir été violée et pendant son sommeil naturel, elle nommait le coupable. Or, celui qu'elle accusait d'un crime récent était en Amérique depuis plusieurs mois — Une autre fois, il fut commis pour examiner une petite fille atteinte de vulvite et d'ophtalmie purulente, qui avait été transportée à l'hôpital Trousseau. On supposait qu'elle avait subi une tentative de viol. Interrogée, elle répondit tout ce qu'on voulut bien lui faire dire et notamment on lui demanda si c'était bien M. X... (et on avait choisi le nom d'un des hommes les plus en vue du moment) qui était l'auteur de l'attentat commis sur elle. Elle répondit affirmativement qu'il était bien le coupable et huit jours plus tard, au cours d'un nouvel examen, elle répéta sans aucune provocation le nom de cette personne.

Enfin, le Dr Brouardel insiste particulièrement sur un dernier point. La famille, quand on doit examiner la nature d'un attentat, doit être prévenue du moment de la visite, et l'examen doit toujours être pratiqué devant temoin. C'est là une sage précaution, car si le médecin légiste pratiquait son examen seul à seul, il se pourrait que certains actes pourtant inhérents à la mission qui lui a été confiée, soient mal interprétés et l'occasion de plaintes ultérieures.

b. *Autopsies médico-légales.* — Il est un principe fondamental : toute autopsie judiciaire doit être complète. A l'hôpital, quand la mort est due à une affection pulmonaire, on ne fait souvent que l'autopsie de la région et l'on s'arrête dès que l'on a découvert les lésions premières suffisantes pour expliquer la mort; en médecine légale il n'en est pas de même et quelle que soit la cause de la mort, même si elle est évidente, il faut pratiquer non seulement l'examen des cavités thoracique et abdominale, mais aussi celui du cerveau et de la moelle.

L'autopsie incomplète peut non seulement occasionner soit des erreurs judiciaires, soit des doutes dans la réalité d'un attentat, mais aussi engager sinon la responsabilité pécuniaire, au moins la responsabilité morale de l'expert. Voici quelques exemples probants : (1)

Un homme est formellement accusé, par deux témoins qui avaient assisté au drame, d'avoir noyé une femme en compagnie de laquelle il pêchait la crevette. Le corps rejeté par la mer est examiné par un médecin qui n'avait jamais fait d'autopsie. Il se contenta de regarder le cadavre, et sur la remarque qu'il serait utile de constater l'état des poumons, il entr'ouvrit la cage thoracique sur le côté et dit, sans plus, qu'ils étaient légèrement congestionnés.

Plus tard, on apprit que la victime était la maîtresse de l'inculpé et qu'elle était enceinte.

Quand l'affaire vint devant les assises, le défenseur prit le médecin légiste à partie, à cause de l'insuffisance de son examen et soutint que la femme était morte de congestion cérébrale. Il fut impossible de prouver le contraire, et grâce au doute que l'avocat avait fait naître dans l'esprit des jurés, la condamnation fut relativement légère.

Un autre cas, qui montre bien l'utilité d'une autopsie complète, en dépit de toute apparence, est rapporté par le Dr Socquet :

Une femme trompait son mari, celui-ci, averti par lettre anonyme s'emporte, attend la sortie du couple, tire sur l'homme trois coups de revolver à la tête. La mort fut immédiate.

L'autopsie démontra qu'aucune des trois balles n'avait pénétré dans le crâne ou occasionné de lésion sérieuse. Mais la victime était atteinte d'insuffisance aortique et d'insuffisance mitrale, affections ayant pu, par suite d'une émotion violente, occasionner la mort subite.

Les autopsies après exhumation sont certes une opération désagréable, mais le médecin ne doit pas avoir un odorat trop délicat et chercher à faire disparaître la mauvaise odeur à l'aide de substances chimiques plus ou moins antiseptiques, acide phénique, thymol, etc. C'est là une pratique fâcheuse, car si ultérieurement on est obligé de pratiquer sur certaines parties du corps des recherches chimiques, elles deviennent impossibles ou les résultats peuvent en être faussés.

(1) P. Brouardel, *la Responsabilité médicale*, 1898.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés. — M. Mossé. Les recherches entreprises par cet auteur depuis 5 ans, au lit du malade et au laboratoire, ont démontré la proposition suivante, qui s'éloigne des notions généralement admises depuis les travaux de Bouchardat :

Dans les diabètes, la pomme de terre est non seulement un aliment permis, mais bien un aliment utile, qui peut être avantageusement substitué au pain, à doses élevées suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire, c'est-à-dire en poids dans la proportion de 2 1/2 à 3 de pommes de terre pour 1 de pain.

Cette substitution est fort bien supportée dans presque tous les cas; contrairement à ce qu'on pouvait craindre d'après les idées régnantes sur l'utilisation des féculents par les diabétiques, des doses quotidiennes de pommes de terre, variant de 500-600 gr. à 3 kilogs, ordinairement 1,000 à 1,500 gr. par jour, ont amené une diminution rapide, presque immédiate, de la soif, de la glycosurie, dans des proportions parfois considérables, et une amélioration des divers éléments du syndrome urologique coïncidant avec un mieux général.

Dystocie par kyste hydatique du ligament. — Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale; enfant vivant : guérison. — Observation de MM. Champetier de Ribes et Baudron.

M. Porak lit un rapport au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, sur les travaux envoyés à cette commission. (*10 décembre*).

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le pouls de la convalescence. — M. Troisier. Le pouls de la convalescence n'est pas seulement ralenti, ainsi que l'a montré M. Barbier; il est quelquefois irrégulier par intermittences. Ces intermittences accompagnent habituellement le ralentissement du pouls et disparaissent lorsque le pouls reprend sa fréquence normale. Quelquefois aussi, le pouls de la convalescence est irrégulier sans être ralenti,

Ces caractères ont été déjà indiqués par Lorain, qui leur accordait une grande importance.

Ils peuvent apparaître à la période de défervescence de toutes les maladies aiguës; pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, angine, rhumatisme, etc..., aussi bien chez les enfants, les adultes que chez les vieillards.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fracture de la base du crâne diagnostiquée par la ponction lombaire. — M. Poirier. Il s'agit d'un homme de 47 ans, entré le 16 septembre à l'hôpital pour de violentes douleurs de tête, du côté droit de la poitrine. Ce malade, venu à pied à l'hôpital, était tombé la veille à la renverse au bas de son escalier.

Dans le lit, il est couché en chien de fusil, les yeux fermés, opposés à la lumière, il y a de plus de la raideur de la nuque, des vomissements verdâtres, aqueux, fréquents; pas de paralysie; T. 37°,5; P. 102.

Le lendemain, l'état comateux s'accentua. Comme le diagnostic restait indécis entre une méningite, une contusion de l'encéphale et une fracture de la base du crâne, on fit une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien, fortement teinté en rouge groseille, s'échappa en jet; 35 à 40 centimètres cubes de liquide séro-sanguinolent furent ainsi évacués.

Quelques heures après, l'état s'était beaucoup amélioré. le malade sortit de sa torpeur; les vomissements cessèrent; la céphalée était beaucoup moins vive.

Au 7e jour, apparut une ecchymose sous-conjonctivale qui s'accentua les jours suivants, en même temps qu'une ecchymose mastoïdienne. Le onzième jour, le malade, qui depuis plusieurs jours se déclarait guéri, quitta l'hôpital.

Cette observation montre la valeur de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic, et aussi comme moyen curatif de la céphalée, des vomissements et de toute une série de symptômes relevant vraisemblablement de la compression par l'épanchement sanguin ou par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M Rochard a eu l'occasion de faire la ponction lombaire dans 3 cas de traumatismes crâniens (1 fracture de la base, 2 commotions cérébrales). L'évacuation du liquide céphalo-rachidien a fait cesser les principaux phénomènes nerveux; céphalie, coma, et a facilité la guérison.

Thrombose septique du sinus latéral. — M. Sebileau rapporte une observation du thrombose du sinus latéral, consécutif à une otite moyenne ancienne — phénomènes septicémiques aigus; trépanation du rocher; mise à nu du sinus latéral thrombosé : mort de broncho-pneumonie, quelques jours après.

Rupture traumatique de la rate, par M. Coville, laparatomie. guérison. (*4 décembre*).

Concours du Journal des Praticiens

(Deux prix de 250 francs chacun)

Le *Journal des Praticiens* institue, pour 1902, entre tous ses lecteurs, deux concours de médecine *pratique* (clinique interne, hygiène, thérapeutique clinique) et de chirurgie *pratique* (clinique externe, obstétrique, thérapeutique chirurgicale).

Chaque prix sera de 250 francs et ne sera partagé qu'après délibération spéciale du jury. Celui-ci composé de six membres (trois pour chaque prix) choisis ou tirés au sor parmi les membres du Comité de rédaction, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, ne sera connu qu'après l'envoi des mémoires, lequel devra être effectué le 1er novembre 1902 au plus tard. Les auteurs ne devront pas se faire connaître, et les noms des auteurs non récompensés ne seront pas livrés à la publicité. Le nombre de pages des mémoires sera limité. Les prix seront décernés à la fin de décembre 1902.

Dans l'un des premiers numéros de janvier 1902, nous ferons connaître toutes les conditions du concours dont le but est essentiellement pratique, comme le journal qui l'institue.

Le Directeur scientifique du *Journal des Praticiens*.
H. Huchard.

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical de gynécologie par F. Labadie-Lagrave, médecin de la Charité, et F. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux. — 2e édition, revue et augmentée, avec 323 gravures dans le texte, 1 fort vol. de 1 258 pages, grand in-8° cart. à l'angl. 25 fr, (Paris, 1901, Félix Alcan, éditeur.)

Bien que trois ans à peine se soient écoulés depuis la première édition de ce traité, les auteurs ont cependant introduit de nombreuses modifications dans cette seconde édition. Tout en conservant à l'ouvrage le plan général qui en a fait le succès, ils l ont mis au courant des plus récentes découvertes et des derniers travaux. Certains chapitres ont été complètement remaniés; d'autres ont reçu des développements étendus, qui, dans la première édition, ne donnaient que quelques descriptions succinctes. Tels sont les chapitres ayant trait aux *plaies de l'utérus*, aux *corps étrangers de l'utérus*, à la *tuberculose génitale*, aux *ovarites sclérokystiques*, aux *salpingites*, aux *kystes tubo-ovariens*.

Dans le domaine chirurgical, les auteurs ont développé ce qui intéresse les *opérations conservatrices* dans les lésions inflammatoires des annexes, les *ligatures atrophiantes*, la méthode de l *énucléation des myomes*. L'*hystérectomie abdominale totale*, qui était une nouveauté en 1898, a pris une place prépondérante dans les descriptions qui ont trait à la thérapeutique des salpingo-ovarites, des cancers et des fibromes de l'utérus. Enfin, *les divers*

Digitized by Google

modes de suture de la paroi abdominale après la laparotomie sont décrits avec des développements nouveaux.

Les premiers chapitres sur les diagnostic et la thérapeutique générale ont été refondus ; MM. Labadie-Lagrave et Legueu y ont ajouté de nouveaux documents *sur le plan incliné dans l'exploration gynécologique, sur la sismothérapie, sur les courants sinusoïdaux et ondulatoires*, etc. Un grand nombre de figures nouvelles ont été intercalées dans le texte.

J'ajoute que cette œuvre considérable fait le plus grand honneur à la science française ; elle honore le maître aimé et respecté de tous, notre cher et incomparable ami le Dr Labadie-Lagrave, dont les nombreuses publications sont appréciées dans le monde entier, dont l'existence est un modèle de labeur, de modestie, d'honneur scientifique et professionnel ; elle honore aussi l'élève, devenu maître à son tour, le Dr Legueu, qui a su, en prenant exemple sur cette vie sans tache, prendre une grande et belle place parmi les chirurgiens. — H. Huchard.

Clinique des maladies du système nerveux, par F. Raymond, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 678 pages, tome V. Doin, éditeur, Paris 1901.

Il nous suffira sans doute d'énumérer quelques-uns des 32 chapitres qui forment ce 5e volume pour en faire comprendre toute l'importance : *Epilepsie partielle* (cinq leçons avec traitement) ; *Topographie des centres corticaux de la sensibilité générale* ; *Equivalents psychiques de l'épilepsie* ; *Epilepsie partielle fruste* ; *Tumeur de la base de l'encéphale* (deux leçons) ; *Kyste cérébral développé dans un foyer de ramollissement* ; *Méningite tuberculeuse en plaques* (deux leçons) ; *Lésions en foyer de la région des tubercules quadrijumeaux* (deux leçons) ; *Tumeur du bulbe ou sclérose en plaques* ; *Paralysie labio-glosso-laryngée* ; *Trois cas de paralysie bulbaire d'origine cérébrale* ; *Deux cas d'asthénie bulbaire* (deux leçons) ; *Certaines modalités cliniques de la sclérose en plaques* (deux leçons) ; *Sclérose en plaques et hystérie* ; *Troubles de la sensibilité objective dans le tabes* (deux leçons) ; *Syringomyélie, mal de Pott dorsal, compression du bulbe inférieur, trois cas de sclérodermie, polynévrite et diplégie faciale, surdité verbale hystérique*, etc.

Notre savant collègue et ami a bien voulu, dans l'année 1901, nous donner la primeur de quelques-unes de ses magistrales leçons qui ont paru dans notre journal, et il nous promet de nous en adresser d'autres encore. Nos lecteurs s'uniront à nous pour le remercier bien sincèrement ; car, son enseignement si digne de son maître et prédécesseur Charcot, est un modèle de clarté et de science. Ses nombreux élèves l'écoutent et l'admirent ; ses amis se réjouissent de ses succès et se sentent honorés par son amitié franche et cordiale. On apprend à aimer un auteur en le lisant, et c'est ainsi que notre cher et affectionné collègue ne va plus pouvoir compter ses amis. — H. H.

Le Cheval (Anatomie, physiologie, races, production, hygiène et maladies), par L. Thierry, vétérinaire, professeur de zootechnie, correspondant de l'Académie de Médecine. Vol. de 210 pages avec 87 figures et 5 planches coloriées. Paris, 1901 ; Librairie agricole, 26, rue Jacob. Prix : 4 francs.

Comme le dit l'auteur, cette monographie pourra rendre de grands services aux jeunes médecins établis en province, si souvent embarrassés à leurs débuts dans le choix et l'achat du cheval dont ils ont besoin pour satisfaire aux exigences de la clientèle rurale. C'est pour cela que nous en recommandons la lecture aux praticiens de la ville et de la province. Ce livre se compose de quatre chapitres principaux traitant des appareils physiologiques et surtout de l'appareil locomoteur, de l'« extérieur » de l'animal permettant de juger de sa valeur intrinsèque et commerciale, des indications théoriques et pratiques sur sa valeur mécanique, de l'hygiène.

Si je termine encore cette revue bibliographique par des éloges, on pourra croire que ceux-ci sont en quelque sorte stéréotypés... Mais je tiens à redire aux lecteurs du *Journal des Praticiens* que nous voulons toujours leur être utiles et que nous leur recommandons seulement les livres capables de les intéresser. Or, celui-ci, peut-être le seul de ce genre, d'une lecture très attrayante et très facile, même pour les profanes dans l'art vétérinaire, peut rendre tous les jours de grands services aux praticiens de campagne. Ils ne seront pas trompés dans leur attente. — H. H.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'eau d'Evian. — Les eaux minérales d'Evian sont indiquées dans un groupe bien défini de maladies qui ont une cause commune : l'infraction journalière aux lois de l'hygiène, le défaut d'équilibre entre la recette et la dépense physiologiques, d'où résulte l'accumulation dans l'organisme de principes toxiques et de déchets.

Les remarquables effets de la source Cachat dans ces divers états morbides sont connus depuis longtemps. Leur interprétation est aisée. L'eau d'Evian est très légère, très faiblement alcaline, fraîche et oxygénée. Elle tonifie l'estomac et l'intestin qui l'absorbent avec une étonnante facilité. Par elle se trouve réalisé au plus haut point le lavage du sang ; transportée dans l'intimité des tissus, elle les oxyde et augmente le taux de l'urée. Enfin, elle agit à la fois comme diurétique mécanique et épithélial sur le rein. Les effets les plus constants sont : l'évacuation des calculs urinaires ou hépatiques, l'amélioration quantitative et qualitative des urines. Chez les cardio-artériels, l'eau de Cachat abaisse la tension surélevée, fait disparaître la dyspnée toxique, et repose le cœur en assurant le bon fonctionnement du rein.

Sa très faible minéralisation est une des conditions de ses succès. Tandis que les eaux similaires, plus fortes, sont mal supportées par les organismes affaiblis et délicats, les eaux d'Evian, au contraire, sont dans les meilleures conditions pour être facilement absorbées et éliminées. Elles agissent, suivant une heureuse expression, plus par ce qu'elles emportent que par ce qu'elles apportent. — P B.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'occlusion intestinale chronique par cancer du rectum. Anus artificiel. Procedé de la baguette

Par le Dr Ed. Schwartz

Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Nous avons actuellement trois malades opérés tous trois pour obstruction chronique pour un cancer inopérable du rectum : je saisis cette occasion de vous exposer les indications de l'anus artificiel, et le manuel opératoire de l'intervention que vous m'avez vu pratiquer.

Je vous résume succinctement les observations de nos malades.

Il s'agit d'abord d'un homme de 56 ans, atteint depuis deux ans au moins. Lorsqu'il nous est présenté, nous constatons déjà un état cachectique assez avancé ; mais les symptômes qui dominent sont ceux de l'occlusion chronique.

Ce malade ne peut aller à la selle sans laxatifs ou purgatifs, et encore, malgré cela, la défécation est-elle excessivement pénible et douloureuse; il la redoute et la recule le plus possible.

Il n'a pas eu de vomissements, mais le ventre est légèrement ballonné avec un peu de submatité dans les flancs, semblant indiquer un épanchement liquide peu considérable dans l'abdomen. L'examen local nous révèle un carcinome du rectum commençant à deux travers de doigt au-dessus de l'anus, envahissant le rectum et sa périphérie, et c'est à peine si le bout de l'index peut pénétrer dans un cylindre absolument ligneux faisant corps avec les tissus environnants sans aucune mobilité. Il n'y a pas de fièvre, mais une anorexie complète, un vrai dégoût de l'alimentation.

La seule chose à faire pour soulager le malheureux patient est, à notre avis, l'anus artificiel iliaque à gauche. L'opération est pratiquée d'après les règles ordinaires que nous exposerons tout à l'heure. Elle est rendue plus difficile par suite de la rétraction du mésocolon iliaque infiltré de ganglions carcinomateux et de masses cancéreuses, et d'une ascite qui témoigne de la généralisation au péritoine.

Chez notre seconde malade, il s'agit d'une femme de 74 ans, malade depuis un an à peu près, au moins d'après ce que nous pouvons savoir. Ici encore le rectum est envahi par un néoplasme qui obstrue presque complètement sa lumière, qui descend jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'anus, et que l'on peut suivre dans le petit bassin en pratiquant le toucher vaginal. L'utérus est plaqué contre le sacrum par la masse qui a envahi autour d'elle. Le symptôme dominant, c'est une constipation opiniâtre qui n'est levée que très difficilement dans ces dernières semaines. L'acte d'aller à la selle est horriblement douloureux, mais la douleur s'accentue encore plus pendant les quelques heures qui suivent.

Lorsque je vois la malade, elle n'a pas été à la selle depuis trois jours ; le ventre est légèrement tendu, mais non douloureux ; des gaz circulent et dessinent les circonvolutions de l'intestin. Amaigrissement considérable, anorexie.

Ici encore, étant donnée la forme du néoplasme, l'âge de la malade, je ne pense pas qu'il y ait autre chose à proposer pour la soulager que l'opération de l'anus iliaque à gauche. Celle-ci est acceptée et pratiquée.

Enfin, notre troisième malade est encore une femme de 60 ans : il s'agit d'un néoplasme du rectum ayant donné lieu à des infections périphériques, à des fistules périanales après production de phlegmons, et d'abcès de la région. Quoique l'occlusion chronique ne soit pas encore arrivée au degré que nous constatons chez nos deux malades précédents, elle existe néanmoins. L'anus iliaque est pratiqué quelques jours après son entrée dans notre service.

Quand il s'agit de cancer inopérables du rectum, que l'anus iliaque doit être définitif, comment doit-on pratiquer l'opération ?

Lorsque l'occlusion est chronique, qu'il n'y a aucun accident pressant nécessitant l'ouverture immédiate de l'intestin, je conseille l'opération en deux séances. Dans une première séance l'on cherchera et fixera l'anse sigmoïde à la paroi (colospexie); dans une seconde séance, plus ou moins rapprochée de la première, suivant les conditions, l'on établira l'anus, l'on ouvrira l'intestin.

Toutes les fois que l'anus devra être établi définitivement, qu'il n'y aura aucune arrière-pensée au point de vue de sa fermeture possible, l'opération devra être faite de la façon suivante :

1° Inciser la paroi suivant une ligne oblique en haut et en dehors, parallèle à l'arcade crurale et remontant au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure sur une longueur de 6 centimètres environ ; couper l'aponévrose du grand oblique ; dissocier avec la sonde cannelée le petit oblique et le transverse ; mettre à nu le péritoine qu'on incise en dédolant et qu'on repère à l'aide de pinces à forcipressure.

2° Chercher l'S iliaque reconnaissable à ses franges, généralement distendu par des gaz ; amener en dehors la partie voisine du colon descendant pour s'éloigner autant que possible de la région altérée ; profiter de l'incision abdominale pour explorer encore le petit bassin et le rectum et se rendre bien compte de l'impossibilité d'une tentative de cure radicale.

Digitized by Google

3° Traverser le mésocolon iliaque au niveau de la portion herniée avec une pince à fossipressure ; remplacer celle-ci par une baguette de verre de 10 à 12 centimètres de longueur sur laquelle l'intestin restera à cheval ; rentrer le plus possible et fixer par 2, 3 points de suture l'anse herniée par des sutures séro-séreuses.

4° Suturer les 2 angles de la plaie pariétale de façon à ne laisser saillir en dehors que l'intestin, à cheval sur la baguette de verre.

Pansement sec et modérément compressif à la gaze stérilisée.

Lorsque les accidents ne sont pas pressants, l'opéré reçoit 10 centigrammes d'Extrait thébaïque par jour, par pilules de 1 centigramme, de façon à modérer et même arrêter les contractions intestinales.

Dans une seconde séance, de 3 à 5 jours après, l'on ouvre l'intestin. Avec le couteau thermique l'on sectionne l'anse jusque sur la baguette de verre qui est retirée.

Si dans les 2, 3 premiers jours, le ventre se ballonnnait, qu'il y eût des signes de rétention, faire à l'intestin une petite boutonnière au thermocautère et ne compléter l'incision qu'au bout de 2 à 3 jours.

La baguette de verre que nous employons pour maintenir l'intestin au dehors et constituer l'éperon, nous paraît bien préférable à un bout de sonde, à la gaze iodoformée, voire à la peau. Elle est parfaitement stérilisable, rigide, empêche le retrait de l'intestin vers l'abdomen, s'oppose à ces réductions spontanées que l'on a signalées avec la sonde et la gaze iodoformée. De plus, elle sert de point d'appui ferme quand il s'agira de sectionner le viscère où elle s'enlève facilement. Jamais nous n'avons eu et son emploi le moindre ennui et nous le conseillons instamment, toutes les fois que la méthode en deux séances sera indiquée.

Lorsque l'occlusion intestinale se manifeste par des symptômes tels qu'il faille songer à ouvrir l'intestin le plus rapidement possible, la méthode en une séance est seule utilisable et c'est alors à l'anus de Littre qu'il faudra recourir, en ayant soin d'attirer l'anse au dehors et de la suturer de façon à empêcher toute pénétration de liquide septique dans le ventre.

Là, les sutures de l'intestin à la paroi devront être rapprochées d'un 1/2 centimètre à 1 centimètre environ. La collerette sera complète et c'est surtout aux points d'angles qu'on accordera grande attention. L'intestin sorti et fixé sera immédiatement incisé au thermocautère.

Chez les trois malades dont nous avons parlé au débu t l'anus iliaque a été établi en deux séances, avec un intervalle de 4 à 5 jours au maximum entre les deux. Chez tous, les choses se sont passées classiquement. Il est bon de savoir, que lorsque par suite du tassement et de la consistance des matières l'anus ne fonctionne pas, lorsque l'intestin est incisé, il n'y a pas à hésiter à donner un purgatif qui produise la désagrégation et par suite la désobstruction.

Après 4 jours, les adhérences sont solides et il n'y a rien à craindre de l'issue des matières fécales, qui ne peuvent contaminer le péritoine.

Causerie thérapeutique

Par H. Huchard
Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker

Aortite syphilitique et néphrite; indications thérapeutiques. — Syphilis grave tertiaire du larynx; bons effets d'un traitement hâtif et intensif. — Anémie pernicieuse progressive de la grossesse. — Méningite tuberculeuse de l'adulte à symptômes anormaux et symphyse latente du péricarde.

I. *Aortite syphilitique et néphrite.* — Décidément la clinique a du bon, même lorsqu'on la fait encore sans le secours de nombreux appareils, de recherches bactériologiques, histologiques, cryoscopiques ou autres, très importantes, sans aucun doute, mais qui ne doivent jamais bannir, au lit du malade, ce qu'on appelle *l'esprit clinique.* Les anciens étaient de grands cliniciens, et à quelques jeunes internes ou anciens internes qui regardent quelquefois d'un certain air de commisération ou de protection leurs vieux maîtres encore imbus de cet esprit clinique, j'ai souvent répété cette profonde parole de Bacon, que l on rappelait éloquemment, il y a quelques jours, à la tribune académique : « Les modernes sont plus grands que les anciens en s'élevant sur leurs épaules. »

Alors, aujourd'hui, faisons donc de la « vulgaire » clinique, celle que tout le monde peut faire et doit faire, celle d'où dérive la thérapeutique vraiment pratique.

Il y a près d'une année, j'étais consulté pour un homme de 45 ans, atteint depuis deux ans, d'aortite syphilitique avec double souffle de rétrécissement et d'insuffisance aortique. Ce malade, qui avait eu un chancre induré à 23 ans, souffrait depuis dix mois d'angine de poitrine à type coronarien, et depuis six mois s'était installée une albuminurie assez abondante et progressive (0,50 cent. à 1 gr. 50 par jour d'albumine). Il avait eu, en outre, quelques graves poussées d'œdème aigu du poumon, et il présentait tous les signes de la dyspnée toxi-alimentaire.

Dans ce cas complexe, que fallait-il faire et ne pas faire ?

Le médecin, jeune ex-interne très distingué des hôpitaux qui s'était donné beaucoup de peine avec ses recherches de cryoscopie, avec la constatation microscopique des urines, avec l'examen d'un

Digitized by Google

liquide pleural droit dont déjà il me montrait savamment la formule leucocytaire, avait institué naturellement un traitement anti-syphilitique énergique par l'iodure de potasium à haute dose, et les injections hypodermiques répétées de benzoate de mercure. Il s'étonnait de ne pas avoir obtenu le résultat attendu, et moi, je m'étonnais que cette médication intempestive n'eût pas produit de plus mauvais résultats, quoique je l'eusse accusée, sinon de déterminer, au moins de favoriser l'œdème aigu du poumon. Alors, je lui exposai de la sorte les principes du traitement.

« Dans une maladie ainsi complexe, que faut-il voir au point de vue thérapeutique? Il faut voir d'abord où est le danger. Le danger est au rein, et votre médication doit s'en inspirer, *d'abord pour ne pas nuire*. Or, l'iodure de potassium est ici plusieurs fois contre-indiqué : il est mal supporté par votre malade dont les fonctions digestives sont d'ailleurs défectueuses ; il est nuisible pour le poumon en instance d'œdème aigu, et vous savez que l iodure, capable déjà par lui-même de produire des fluxions œdémateuses, devient presque le complice de la maladie ; il est nuisible pour le rein qui l'élimine ; il est, de plus, presque inutile contre toutes les manifestations *parasyphilitiques*, parce que celles-ci restant toujours *d'origine* spécifique, ne sont plus de *nature* spécifique. C'est le tronc de l'arbre qui ne change pas, et c'est la greffe qui donne des branches nouvelles avec de nouveaux fruits. L'arbre pathologique a aussi ses greffes diverses, avec des rameaux d'autre nature vivant sur un sol syphilitique.

« Je ne veux pas dire qu'il ne faut jamais prescrire l'iodure de potassium dans l'aortite syphilitique, et à ce sujet les guérisons d'anévrysmes par la médication iodurée me donneraient un formel démenti ; mais, vous savez que ce n'est pas parce qu'ils sont d'origine spécifique, que les anévrysmes peuvent être guéris par l'iodure, et vous n'ignorez pas que le nombre des anévrysmes non syphilitiques améliorés ou guéris par ce médicament, est égal, sinon supérieur à celui des anévrysmes d'origine syphilitique. Sans chercher à comprendre autrement cette action, j'affirme qu'ici l'iodure agit comme médicament vasculaire, ou plutôt artériel. *On abuse de l'iodure* contre les manifestations parasyphilitiques, et voulez-vous me dire les bons effets qu'il a pu jamais produire dans le tabes, la paralysie générale, etc.? Sans doute, il faut ordonner quelque chose, mais à la condition que ce « quelque chose » ne nuise pas. Or, non seulement le malade, mais son estomac surtout proteste...

« Quant aux injections de benzoate de mercure dans ce cas particulier..., je ne comprends pas. D'abord, elles sont d'une efficacité douteuse dans une manifestation parasyphilitique, et je les ai vues si souvent augmenter l'albuminurie, que je m'en défie un peu. Lorsqu'un malade — syphilitique ou non — a une aortite d'origine artérielle ou plutôt scléreuse, n'oubliez jamais que, tôt ou tard, il deviendra un rénal, et qu'il l'est déjà — même n'étant encore qu'aortique — alors que l'examen de l'urine est négatif au point de vue de l'existence de l'albumine. *La maladie est à l'aorte et au système artériel ; le danger est au rein*, ne l'oubliez pas. Et cette vérité clinique se démontre surtout pour l'aortite des syphilitiques, lesquels présentent une grande « fragilité rénale », comme mon ancien interne, aujourd'hui mon collègue des hôpitaux, M. Renon, l'a établi dans un travail qui dénote de sa part un grand sens clinique.

« Alors, que faire ?

« Ici, la notion étiologique n'est pas d'une première importance, je viens de vous en donner les raisons. Voyez où est le danger. Il est au poumon (œdème aigu), aux coronaires (angine de poitrine), surtout au rein (albuminurie). Nous éviterons celui du poumon en *suspendant la médication iodurée* et en traitant le rein ; celui des coronaires en prescrivant des préparations de *trinitrine* (à la dose de neuf à douze gouttes en trois ou quatre fois, solution au centième) ou encore de *tétranitrol* (à la dose de trois ou quatre comprimés à cinq milligrammes). Or, il se trouve que ces deux médicaments, en abaissant la tension artérielle surélevée chez le malade, produiront également de bons effets sur le fonctionnement rénal. Le principal danger est au rein, je le répète, (œdème aigu du poumon, dyspnée toxi alimentaire, fragilité ou vulnérabilité rénale des syphilitiques, menaces constantes d'urémie, etc.) et il faut instituer pour le présent et pour l'avenir une médication rénale, par le *régime lacté* absolu, plus tard par le régime lacto-végétarien, au moyen de l'agent diurétique par excellence, la *théobromine* ; et comme votre malade est en même temps un uricémique, un ancien goutteux, faites une association médicamenteuse (quoique je n'aime guère les mariages thérapeutiques contre raison) en alliant le médicament réducteur (*lithine*) de l'acide urique à son éliminateur (la *théobromine* d'après cette formule) dont mon interne Guillaumin m'a donné l'idée :

Théobromine.....	20 grammes
Carbonate de lithine.....	15 —
Benzoate de soude.....	10 —

Pour 60 cachets. Prendre 3 à 6 cachets par jour.

« Plus tard, le régime alimentaire qui doit rester *la base du traitement*, sera ainsi modifié s'il y a lieu

Digitized by Google

Trois à quatre jours de régime lacté absolu par semaine ; trois ou quatre jours de régime lacto-végétarien avec le minimum de viande. »

Telle fut la longue conversation avec mon jeune confrère. Il voulut bien paraître convaincu et modifier le traitement dont le résultat ne se fit pas attendre, puisque tous les accidents graves et menaçant l'existence avaient disparu en 15 jours : diminution de l'albumine (0,30 cent.), résolution des œdèmes et surtout de l'œdème aigu du poumon, disparition de la dyspnée toxi-alimentaire, abaissement rapide de la tension artérielle, sédation des phénomènes douloureux du côté des coronaires, depuis dix mois. Sans doute, le malade n'est pas guéri, et il ne le sera sans doute jamais, parce que la thérapeutique n'a pas encore trouvé certaine pierre philosophale.... Mais la prolongation de la vie pendant des années, n'est-elle pas déjà une esquisse de guérison ?

Un mot pour finir cette causerie.

Lorsque je présentai ma thèse pour le doctorat (il y aura bientôt 30 ans, hélas !) sur les *causes de la mort dans la variole*, je la commençai par cette maxime empruntée à Baglivi : « La marque suprême du véritable médecin, c'est de connaître les tendances de la maladie, le but où elle marche, les principaux dangers auxquels elle expose.....» Depuis cette époque, j'ai toujours cru que telle doit être la pensée directrice du clinicien, et j'ai contribué naguère à inspirer des thèses sur les causes de la mort dans la phtisie pulmonaire, dans la goutte, le diabète, les affections du cœur et des vaisseaux, etc.

Savoir comment on meurt dans les maladies, c'est un peu savoir comment on pourrait guérir, et bien connaître *les dangers* dans les maladies, c'est se préparer à les éviter, à les combattre plus efficacement. On s'attaque mal à un ennemi caché, et il faut le démasquer pour le savoir vaincre. La pratique médicale n'est pas seulement dans le diagnostic, elle est aussi et surtout dans le pronostic. Autrefois, Morgagni a élevé un monument impérissable à l'étude du « siège et des causes des maladies». Quel est le Morgagni de l'avenir, physiologiste et clinicien, qui abordera l'œuvre féconde des *causes de la mort dans les maladies* ? Celui-là aura fait faire un grand pas à la thérapeutique, si riche en médicaments, si pauvre en médications....

Je viens de prouver, je l'espère du moins, que dans certaines manifestations *d'origine* syphilitique, non de *nature* syphilitique, le traitement spécifique est inutile, impuissant ou nuisible. Maintenant, à propos d'un cas de syphilis tertiaire grave du larynx, je vais démontrer le contraire : la grande et merveilleuse puissance d'une médication anti-syphilitique, hâtive et intensive. (*A suivre*).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des péricardites

par le Dr M. Deguy, *ancien interne des hôpitaux*

Le traitement des péricardites est médical toujours, chirurgical quelquefois. Il varie quelque peu selon qu'il s'agit d'une péricardite aiguë ou d'une péricardite chronique.

I. Traitement des péricardites aiguës. — Ce traitement ne peut malheureusement être pathogénique, car nous n'avons aucun médicament spécifique des infections qui atteignent le péricarde, sauf peut être pour le rhumatisme. Même, dans ce cas, le salicylate de soude bien administré n'empêche pas les déterminations cardiaques de la maladie, bien qu'il en atténue la fréquence (1).

Cependant, si nous sommes dans l'impossibilité absolue de prévenir l'infection du péricarde, nous pouvons néanmoins instituer une prophylaxie relative par une médication judicieuse tirant ses indications des causes qui favorisent le développement d'une péricardite dans les fièvres.

L'observation clinique nous montre combien les infections affaiblissent le cœur et prédisposent aux stases sanguines ; elle nous montre également combien les phénomènes congestifs sont une cause d'appel pour les localisations secondaires de l'infection.

Lorsqu'au cours des fièvres, le cœur se dilate, les oreillettes sont encombrées et la circulation veineuse sous-péricardique et intra-cardiaque est ralentie.

La stase existant dans les nombreux vaisseaux qui cheminent sous le péricarde viscéral, prédispose à l'œdème localisé, à la transsudation séreuse, et les agents infectieux, trouvant une circulation ralentie, une phagocytose atténuée, peuvent coloniser facilement et créer un foyer nouveau d'inflammation.

Histologiquement, nous avons toujours rencontré de la périartérite ou de la périphlébite des vaisseaux du péricarde, ce qui prouve que les vaisseaux jouent un grand rôle dans la genèse de l'inflammation de la séreuse.

De plus, le cœur étant dilaté, plus gros, se meut plus difficilement dans le sac péricardique d'une inextensibilité relative, et une nouvelle cause mécanique, le frottement, vient encore favoriser l'infection de la séreuse. Les faits le démontrent chaque jour.

La face antérieure du cœur est celle qui présente

(1) Nous ne voulons pas ici formuler le traitement du rhumatisme par la médication salicylée, ce serait hors du cadre que nous nous proposons.

Digitized by Google

physiologiquement le maximum de frottement; le péricarde pariétal ne se distend pas devant elle et fait obstacle à ses contractions; aussi c'est elle que nous voyons toujours être le siège des péricardites localisées, des plaques laiteuses; c'est par elle que débutent les symphyses, c'est également par elle que débute l'inflammation.

Dans toute péricardite, c'est la face antérieure qui débute et c'est toujours elle qui présente les lésions les plus avancées et les plus intenses. Le péricarde pariétal postérieur, plus extensible, s'infecte également, mais à un moindre degré; la faculté qu'il possède de se dilater en fait le lieu d'élection des épanchements.

Nous ne saurions assez répéter combien cette notion est importante au point de vue chirurgical, et combien, tant en clinique qu'en matière d'intervention, il faut avoir présente à l'esprit cette loi fréquemment vérifiée ; *L'existence d'une symphyse en avant est compatible avec celle d'un abondant épanchement en arrière.* Quand il y a adhérences localisées, elles sont toujours en avant ; quand il y a épanchement, il est toujours au maximum en arrière.

L'infection dont nous venons d étudier la production par voie sanguine, peut également se développer par voie lymphatique. Dans ces conditions, l'observation montre que c'est par l'intermédiaire des ganglions médiastinaux que l'infection se propage.

C est un fait banal que la constatation d'adénopathies caséeuses ayant précédé l'évolution d'une péricardite tuberculeuse. C'est également un fait banal que la participation des ganglions du médiastin aux inflammations des voies aériennes. Lorsque, dans certains cas, l'infection se propage des ganglions au péricarde, c'est toujours à la base de la séreuse qu'elle débute, dans la région péri-ganglionnaire.

La propagation de l'infection se fait vraisemblablement par de la périadénite concomitante, de la médiastinite dont la production est facile en cet endroit, à cause de l'abondance assez grande du tissu cellulaire lâche. L'existence des gaînes séreuses des vaisseaux de la base du cœur, et des nombreux culs-de-sac du péricarde à ce niveau expliqué aisément la facilité de l'infection et sa localisation du début.

Ces quelques notions sommaires sur la pathogénie des péricardites nous montrent la ligne de conduite à suivre, lorsqu'on se trouve en présence d'une maladie infectieuse que l'on sait léser assez fréquemment le péricarde.

Pour diminuer dans une large mesure la production de lésions cardio-péricarditiques, il faut rehausser, au moyen de caféine ou de faibles doses de digitale, la pression artérielle abaissée, soutenir par cette médication la force contractile du myocarde et empêcher la dilatation de cœur de se produire; il faut favoriser la diurèse et l'élimination des toxines microbiennes et des déchets de l'organisme par le régime lacté, les laxatifs, la théobromine, les injections salines sous-cutanées. Il faut activer les fonctions du foie, le maintenir indemne de toute stase sanguine, exciter sa fonction cholagogue. Le calomel et, parfois, les ventouses scarifiées répondront à ces indications.

Il faut également surveiller ou soigner attentivement les affections pleuro-pulmonaires, et à ce point de vue, la balnéation tiède ou froide, les enveloppements froids du thorax qui agissent si bien, surtout chez les enfants, devront systématiquement être mis en vigueur. L'asepsie des voies respiratoires devra être pratiquée dans les limites possibles, par des potions au benzoate de soude.

Ce n'est pas une simple vue de l'esprit qui nous amène à conseiller ces mesures de thérapeutique préventive, car l'expérience les a sanctionnées; mais, si l'on veut se placer simplement au point de vue du raisonnement, nous disons que la trinité organique qu'il faut surveiller pour diminuer les chances d'une péricardite, est constituée par le cœur, le foie, le rein : le cœur, pour les raisons que nous avons suffisamment énumérées; le foie, parce qu'on connaît aujourd'hui le retentissement facile au travers du diaphragme des périhépatites sur la péricarde; le rein, parce que le mauvais fonctionnement de cet émonctoire est considéré, de par la clinique, comme une cause prédisposante, sinon déterminante, d'inflammation de la séreuse péricardique.

Si, malgré tous les soins attentifs, la péricardite se déclare, quel en est le traitement?

Il consiste d'abord en l'application de révulsifs sur la région précordiale. On peut utiliser les ventouses scarifiées, ce qui est un excellent moyen, car la saignée locale qu'elles produisent diminue la phlegmasie péricardique.

Les pointes de feu ont également de grands avantages, car elles calment bien les douleurs précordiales, mais leur action révulsive est moins intense que celle des ventouses scarifiées. Leur utilité est surtout manifeste au déclin de la péricardite bien plus qu'au début.

La réfrigération locale trouve également ses indications, elle peut être ou temporaire ou permanente. Quand elle est temporaire, elle se fait avec du chlorure de méthyle en pulvérisations directes ou en stypage. Il faut se méfier cependant de ne pas amener la vésication ce qui créerait une plaie à infection facile et gênerait pour des révulsions ultérieures. Quand la révulsion n'a pas besoin d'être très intense, le chloréthyle, ou même les simples pulvérisations d'éther avec l'appareil de Richardson suffisent.

La réfrigération permanente se fera, selon la mé-

Digitized by Google

thode de Bamberger et Friedreich, avec des compresses froides fréquemment renouvelées, ou bien avec une vessie de glace, comme l'a préconisé Gendrin. La glace sera renouvelée dès qu'elle sera fondue. Il faut avoir soin d'interposer entre la paroi thoracique et le sac de caoutchouc contenant la glace, un linge de flanelle.

Gendrin attribuait à ce traitement la diminution de la douleur locale, de l'angoisse. Il calmerait les battements tumultueux du cœur. J'ai observé des faits semblables, et suis convaincu de l'efficacité de la réfrigération locale dont l'usage m'avait été enseigné par mon regretté maître M. Gingeot, qui le recommandait même contre les palpitations (*J. des Praticiens*, 1890, n° 121). D'autres cliniciens n'en ont pas obtenu de résultats appréciables. M. Delearde (*Echo méd. Nord*, 15 janvier 1899), s'en déclare partisan.

Lorsque la révulsion n'a pas besoin d'être aussi intense, on pourra se contenter de la teinture d'iode, du coton iodé, ou même de liniments en frictions.

Voici une formule de liniment qui peut être utilisée :

Baume de Fioraventi	ãã 15 grammes
Alcool camphré.	
Laudanum de Rousseau . . .	ãã 10 —
Teinture de belladone. . . .	
Essence de térébenthine . . .	ãã 5 —
Chloroforme	
Ether acétique	

M. Huchard emploie le liniment suivant :

Alcoolat de genièvre.....	120 grammes
— lavande	60 —
Essence de térébenthine	30 —
Teinture de benjoin	10 —

S'il s'agit de péricardite rhumatismale, on pourra faire des badigeonnages avec de l'Essence de Wintergreen, ou bien des frictions légères avec une pommade au salicylate de méthyle.

La formule suivante de M. Bourget (de Lausanne) est très recommandable :

Acide salicylique	ãã 15 grammes
Essence de térébenthine . . .	
Lanoline.	ãã 100 —
Axonge	

Il convient également de mentionner les compresses chloroformées qui produisent parfois une excellente révulsion, mais dont l'emploi doit être surveillé.

Quant au vésicatoire, nous n'en parlons pas, car il est douteux qu'on puisse lui attribuer des guérisons de péricardites, et ses avantages, qui sont cependants réels, ne sont pas proportionnés aux dangers qu'il fait courir au malade, à cause de son action sur l'épithélium rénal.

Outre la révulsion qui agit sur le péricarde, et calme la douleur locale, il faut agir sur le cœur et le tonifier. Que celui-ci soit atteint en même temps que la sereuse, le fait n'est pas douteux, mais, même si cette atteinte est légère, il est parésié ; il se dilate facilement « *tout muscle sous-jacent a une séreuse enflammée*, disait avec raison Stokes, *est parésié.* »

Il faut donc stimuler la contractilité du muscle cardiaque, et relever la tension artérielle abaissée. La digitale est ici le médicament le plus sûr. Friedreich en avait déjà constaté les bons effets, et si elle ne paraît pas calmer le cœur très fortement dans la période d'excitation inflammatoire du début, elle conjure néanmoins les accidents et empêche l'épanchement de devenir trop abondant. On peut l'administrer en macération selon la formule suivante :

Poudre de feuilles de digitale .	0 gr. 40
Eau froide	120 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60 —

La même potion est continuée pendant cinq jours, en diminuant chaque jour de cinq centigrammes la dose de feuilles.

La forme pilulaire est également très pratique

Poudre de feuilles de digitale	ãã 0 gr. 05
Calomel.	
Scille	

Par pilule. — Quatre par jour pendant trois jours, puis 2 pendant 3 autres jours.

La digitaline cristallisée est peut-être encore plus facilement maniable. On donnera, pendant cinq jours, comme le recommande M. Huchard, dix gouttes par jour de la solution alcoolique au millième, selon la formule :

Solution alcoolique de digitaline cristallisée de Nativelle	50 gouttes
Sirop de mûres	20 grammes
Eau distillée	80 —

A prendre une cuillerée à bouche par jour. (La potion doit faire 5 jours).

Dans les cas de collapsus cardiaque, les injections sous-cutanées de caféïne, d'éther, rendent les plus grands services.

Lorsqu'on aura administré la digitale, il sera bon de maintenir et de continuer son effet au moyen de la spartéïne administrée sous forme pilulaire :

Sulfate de spartéïne.	ãã 0 gr. 05
Extrait de convallaria. . . .	

Par pilule. — Deux pilules par jour.

Ou bien encore en injections hypodermiques selon la formule :

Sulfate de spartéïne	1 gramme
Eau distillée	50 —

Une à deux injections dans les 24 heures.

Digitized by Google

La médication caféinée, surtout chez les enfants, est très recommandable et peut être administrée soit en injections sous-cutanées préconisées depuis longtemps par M. Huchard, soit en potion selon la formule suivante :

Citrate de caféine	1 gramme	
Sirop de mûres	à à 20	—
Eau de laurier-cerise.		
Eau distillée	80	—

La formule de sérum caféiné de M. Marfan est excellente à beaucoup d'égards :

Citrate de caféine	0 gr. 75
Nacl	2 gr. 50
Eau distillée	500 grammes

On injectera 50 cc. de cette solution, et on renouvellera les injections si le besoin s'en faisait sentir.

Les stimulants diffusibles, comme la liqueur d'Hoffmann, l'acétate d'ammoniaque, les potions alcooliques trouvent également ici des indications précises.

D'autres indications thérapeutiques sont tirées de la nécessité d'évacuer le plus complètement possible les déchets de l'organisme et les produits microbiens : on stimulera les émonctoires par les moyens qui sont en notre pouvoir, car mieux ils fonctionneront, plus on aura de chances d'éviter l'abondance de l'épanchement.

Le régime lacté absolu, les injections salines, l'emploi des diurétiques répondent à cette indication. La théobromine, est dans ces conditions, le médicament de choix. On peut l'associer soit au phosphate neutre de soude, soit au benzoate de lithine comme dans la formule suivante :

Théobromine	0 gr. 40
Benzoate de lithine	0 — 10

Par cachet. — Deux à trois cachets par jour.

La lactose est également recommandable; quant à la scille, on doit être modéré dans son usage.

Enfin, il peut surgir des indications spéciales au cours des péricardites, répondant aux quatre indications suivantes :

a) Il *faut faire dormir le malade*, ce à quoi on parviendra avec le trional, le bromidia, le sulfonal.

b) Il *faut calmer ses douleurs prœcordiales*. La révulsion remplit ordinairement ce but ; mais parfois, les douleurs sont telles qu'elles nécessitent l'emploi de l'opium et de la morphine.

Les cautères suppurés nous paraissent devoir être rejetés de la pratique.

Quelques auteurs ont vanté l'emploi de la vératrine.

On peut l'administrer en pilules de 0,10 centigr., 2 à 3 par jour ou en applications locales incorporées à l'axonge.

c) Il faut calmer l'éréthisme nerveux dont l'influence sur le cœur est néfaste. Pour cela, on usera, mais avec prudence et ménagement, de l'antipyrine, du bromure. Le bibromhydrate de quinine ou le valérianate d'ammoniaque seront conseillés de préférence.

d) Il faut surveiller l'intégrité du tube digestif.

Telles sont les données générales du traitement d'une péricardite aiguë, traitement applicable à toutes les phases de son évolution. Mais celle-ci peut être entrecoupée par des accidents qui nécessitent une intervention active, chirurgicale. Ces accidents sont produits par l'existence d'un épanchement.

Deux interventions sont en faveur, et répondent à des indications précises qu'on peut ainsi formuler : la *paracentèse* du péricarde s'applique aux épanchements séro-fibrineux ou hémorrhagiques ; la *péricardotomie* est la méthode de choix des épanchements purulents. Nous étudierons ces opérations dans un prochain article.

Formulaire du Praticien

Traitement des hémorragies dans les maladies infectieuses

Ces hémorragies peuvent être simplement *locales* se produisant au niveau d'une partie enflammée, par suite de l'intensité trop grande des phénomènes morbides ou de l'altération accidentelle des vaisseaux, ou *générales*, donnant ainsi lieu à la forme hémorragique des infections.

Dans le premier cas, les hémorragies qui se traduisent par des symptômes appréciables sont celles qui surviennent dans le poumon et le rein et se manifestent par des crachats hémoptoïques ou de l'hématurie. Dans les hémorragies dues à une modification générale de l'organisme, tantôt l'hémorragie représente un symptôme de l'infection, tantôt elle semble dépendre de la lésion d'un organe jouant un grand rôle dans la coagulabilité du sang, tantôt enfin, elles résultent d'une virulence spéciale du germe morbide. Quelles que soient les causes ou la pathogénie des hémorragies, il faudra, en pratique, fréquemment recourir aux médications locales et aux médications capables de modifier l'état général.

Les indications thérapeutiques sont les suivantes d'après M. Roger (*Les maladies infectieuses*) (1) : Il faut déjà prescrire le repos et l'immobilité, cesser la balnéation, si elle était instituée. Si le sujet est agité, délirant, s'il tousse, le calmer par des opiacés. Ces précautions étant prises, on aura toujours intérêt à prescrire des substances augmentant la coagulabilité

(1) Un vol., chez Masson, Paris, 1902.

Digitized by Google

du sang. Les boissons acides, la limonade citrique ou la limonade sulfurique sont souvent préconisées. L'eau de Rabel est très employée, on formulera ainsi :

Eau de Rabel	8 grammes
Eau distillée	400 grammes
Sirop de sucre	100 grammes

L'élixir acide de Haller a eu une certaine vogue contre la variole hémorrhagique. Il est formé de parties égates d'acide sulfurique et d'alcool. On peut formuler :

Acide sulfurique	ãã 2 grammes
Alcool	
Eau distillée	400 grammes
Sirop de sucre	100 grammes

Le chlorure de calcium, d'après M. Roger, semble devoir prendre une place importante parmi les hémostatiques généraux. Il ne peut être utilisé que par voie gastrique, car, en injections hypodermiques, il produit de la nécrose et des escarres. On peut prescrire indifféremment le chlorure anhydre ou le chlorure cristallisé, mais le premier est deux fois plus actif que le second et doit être donné à dose moitié moindre. Le goût en est désagréable, salé, âcre et mal dissimulé dans la formule suivante de Rabuteau :

Chlorure de calcium	5 grammes.
Sirop de sucre	400 —
Eau de menthe	100 —

Quand on veut arrêter des hémorrhagies, on peut commencer par des doses de 4 gr. par jour. M. Roger est arrivé progressivement à donner 12 gr. en 24 heures, mais la dose moyenne de 4 gr. est ordinairement suffisante, et n'exerce pas, comme on l'a avancé une action purgative. M. Roger formule ainsi :

Chlorure de calcium cristallisé	4 à 6 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 grammes.
Eau-de-vie vieille ou rhum	30 —
Teinture de cannelle	5 —
Eau distillée	50 —

Cette potion ne doit pas être alcoolisée si on redoute une lésion rénale. Dans les néphrites hémorrhagiques, l'hématurie disparaît rapidement en deux ou trois jours.

Un autre agent important pour augmenter la coagulabilité du sang consiste en injections sous-cutanées de gélatine. M. Deguy a déjà dans ce journal parlé de la technique et des accidents de ces injections (*Journ. des Prat.*, 1897 p. 742, et 1898, p. 711 et 728). M. Roger en a obtenu de bons résultats généraux dans des varioles hémorragiques, mais il y eut des accidents locaux. Les hémorragies peuvent aussi être combattues en provoquant la vaso-constriction, soit indirectement obtenue par la révulsion, l'application de ventouses, de sinapismes, et par les boissons glacées, soit directement par l'emploi de l'ergot de seigle. On peut prescrire, soit 2 gr. d'ergotine de Bonjean, soit 1 gr. de la solution d'ergot d'Yvon, soit 1 milligramme d'ergotinine Tanret.

Lorsque la partie, qui est le siège d'une hémorragie, est accessible, on peut faire des applications de liquides très froids ou très chauds. Certains médicaments, comme l'antipyrine, peuvent provoquer, en insufflation sur une muqueuse saignante, une vaso-constriction locale et arrêter l'hémorragie.

Le perchlorure de fer est actuellement d'un usage restreint,

Les astringents les plus usités sont l'alun, qui est l'agent le plus actif de l'eau hémostatique de Pagliari. Le tannin, le ratanhia sont très fréquemment employés.

Dans les cas d'hémorrhagie intestinale au cours de la variole, M. Roger fait donner, matin et soir, de grands lavements ainsi composés :

Extrait de ratanhia	6 grammes.
Eau salée bouillie	500 —

M. Carnot a préconisé, pour arrêter les hémorrhagies, de répandre sur les surfaces malades, en les y maintenant, des solutions de gélatine. On peut employer la formule suivante :

Gélatine blanche	10 grammes.
Chlorure de sodium	10 —
Formol (quelques gouttes) ou sublimé	0 gr. 5
Eau distillée	100 —

En injections vaginales ou nasales, la gélatine produit d'excellents résultats.

L'eau oxygénée pure en badigeonnages locaux arrête les hémorrhagies, mais ce traitement est un peu douloureux.

Malgré tout, le traitement des hémorrhagies est souvent difficile, et on lutte seulement contre un symptôme, contre le résultat d'une maladie infectieuse dont la gravité tient sous sa dépendance tout le pronostic. Les interventions chirurgicales n'ont pas encore fait leurs preuves au cours des infections aiguës. — S. R.

Formule de pilules toni-cardiaques :

Extrait de convallaria	10 grammes
Sulfate de spartéine	1 —

Pour soixante pilules ; quatre à six pilules par jour. (H. Huchard)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

La Viscine

Le nom de viscine a servi et sert encore à désigner des substances molles, visqueuses et élastiques extraites de divers végétaux (houx, gui, etc...), mais on ne connaît avec quelques détails que la viscine du gui étudiée autrefois par Reinsch. Retirée de l'écorce ou des baies du gui, elle constitue une masse jaune gluante, mélange de 50 0/0 de viscine pure, de 20 0/0 de vis-caoutchine et de 30 0/0 de matière cireuse.

La viscine impure est à peu près identique à la glu de gui ; celle-ci était utilisée naguère pour la confection d'un sparadrap adhésif, suivant une formule imitée de celle que Swediaur avait donnée pour la préparation d'une masse emplastique au caoutchouc.

Glu.....	125 grammes
Essence de térébenthine.....	485 —

Epuisez la glu avec l'essence de térébenthine

Ajoutez :

Huile.....	12 grammes
Cire.....	12 —

et faites cuire jusqu'à consistance convenable. Cet emplâtre à la glu était considéré comme un agglutinatif excellent.

En réalité l'essence de térébenthine ne dissolvait qu'un des constituants de la glu, la viscaoutchine, matière extrêmement visqueuse et gluante.

C'est une solution de composition analogue, mélange de vis-caoutchine, d'un peu de cire et de chlorophylle dissous dans de la benzine cristallisable, que M. G. Riehl (1) vient de proposer sous le nom, d'ailleurs impropre de viscine, aussi bien pour la confection d'emplâtres que pour la préparation des médicaments les plus divers utilisés en dermatologie.

La masse emplastique fondamentale ou emplâtre de viscine s'obtient en épuisant de la glu par une quantité de benzine cristallisable suffisante pour obtenir une solution de consistance sirupeuse. On mélange ensuite :

1500 grammes de cette solution avec

Poudre d'iris.....	100 grammes
Poudre d'amidon.....	400 —
Térébenthine de Venise	280 —
Résine Damar.....	30 —

et on évapore jusqu'à consistance convenable. Cet emplâtre peut remplacer dans leurs différentes indications l'emplâtre de savon de plomb, l'emplâtre au caoutchouc, l'empâtre diachylon.

(1) G. Riehl. Deustch. Médic. Wochens. 1900.

On obtient l'emplâtre salicylé en remplaçant dans la précédente formule les deux dernières substances par 5 à 10 0/0 d'acide salicylique.

Il en est de même pour la fabrication de l'emplâtre de viscine mercuriel ou iodoformé ; au premier on ajoute 10 à 20 0/0 de mercure métallique ; au second 2 à 10 0/0 d'iodoforme pulvérisé.

On obtient enfin des préparations analogues à la traumaticine en additionnant une solution benzénique sirupeuse de viscine de 10 0/0 de chrysarobine ou de 5 0/0 de pyrogallol ou de 5 0/0 de soufre lavé.

La solution benzénique de viscine, à la condition que la benzine soit pure, n'est pas irritante : de plus dans cette solution la viscaoutchine conserve toute sa force agglutinative, quelle que soit la substance médicamenteuse qui s'y trouve incorporée (goudron oxyde de zinc, huile de cade, etc.). — A. B.

PHARMACOLOGIE

Formules à éviter. — Ne prescrivez pas :

Teinture de noix vomique.....	10 grammes
Teinture de mars tartarisée....	10 —

Prendre XX gouttes au commencement des principaux repas.

La teinture de mars tartarisée est une solution aqueuse de tartrate ferrico-potassique, sel à peu près insoluble dans l'alcool. La teinture de noix vomique est au contraire préparée avec de l'alcool à 80°. Du mélange des deux substances résulte un magma que l'on a peine à retirer du flacon. (*Lyon médical*)

Si une pareille formule est susceptible d'être prescrite, l'usage d'appeler teinture un médicament qui est une solution, en est la principale cause. Une teinture est un médicament dont le vehicule est l'alcool. Les mélanges de teintures semblent généralement possibles ; encore faut-il se souvenir que toutes les teintures ne titrent pas le même degré alcoolique et qu'il en est que l'on ne peut associer.

La teinture de mars tartarisée est un médicament mal baptisé par le Codex de 1866. Son nom, rectifié par le Codex de 1895 (supplément) est officiellement « soluté » de tartrate ferrico-potassique ; mais il est difficile de réagir contre une habitude aussi ancienne que celle qu'on a prise de l'appeler teinture.

Ce n'est pas le seul reproche que l'on puisse faire à cette préparation. On peut affirmer sans crainte qu'elle est mauvaise et qu'elle ne devrait jamais être prescrite, cela, pour un grand nombre de raisons dont nous allons exposer les principales.

Rappelons d'abord, que la teinture de mars tarta-

Digitized by Google

risée du Codex de 1866 était une préparation tout empirique obtenue en faisant réagir à l'air de la limaille de fer et de la crème de tartre en présence de l'eau. Il se dissolvait une quantité indéterminée de fer, sous la forme du ses-quioxyde hydraté. Cette solution était légèrement alcoolique, une certaine quantité d'alcool était ajoutée à la fin de la préparation, ce qui précipitait une partie du sel dissous; bref, on ignorait absolument le titre de cette préparation en fer, et la commission du Codex de 1884 la jugeant sans doute mauvaise, la supprima du formulaire officiel.

Mais l'usage de la prescrire persista probablement, et l'on vécut avec la vieille formule jusqu'en 1895, date où parut le supplément du Codex. La teinture de mars tartarisée y était ressuscitée, mais sous une autre forme, celle de solution d'un sel que l'on appelle à tort « tartrate double de fer et de potassium ». La préparation officielle est la suivante :

Tartrate ferrico-potassique.....	1 gramme
Eau distillée.....	4 —

Dissolvez le sel à froid, filtrez et conservez dans un flacon fermant à l'émeri.

Dans l'esprit de ceux qui en établirent la formule, c'était une solution contenant une proportion déterminée de fer à l'état de tartrate double. C'est là un avantage sur l'ancienne préparation. Nous allons voir que cet avantage n'est pas réel. En outre, ce que l'on a cherché à gagner en précision sur le titre du principe actif, on l'a perdu en supprimant de la formule l'alcool qui assurait, dans une certaine mesure, la conservation de la préparation. La solution aqueuse de tartrate ferrico-potassique constitue un milieu où les moisissures se développent facilement ; et c'est sans doute pour cette raison que dans la vieille formule, le véhicule était l'eau alcoolisée.

La nouvelle solution de tartrate ferrico-potassique est sujette à d'autres altérations encore; peu de temps après la préparation, elle laisse déposer un précipité couleur de rouille constitué par de l'oxyde de fer. Le titre du soluté diminue ; la préparation ne reste pas identique à elle-même ; elle ne possède plus alors sur l'ancienne, qui était mauvaise, d'autre avantage que celui de laisser se développer plus facilement les moisissures.

La raison de la formation de ce dépôt, c'est que le tartrate ferrico-potassique n'est pas, comme on l'a cru, un sel double, ainsi que l'ont démontré les travaux du professeur Yungfleisch sur la constitution chimique des émétiques ; travaux qui ont été complétés par la Thèse de G. Baudran (1). L'exposition même succincte de ces nouvelles données chimiques nous entraînerait dans des développements qui ne sauraient trouver place dans ce journal. Il nous suffira de dire que le composé appelé tartrate ferrico-potassique, n'est pas un produit chimique défini et qu'il n'est pas non plus un médicament de composition stable, lorsqu'il est prescrit sous forme de solution. — E. André. *Interne en pharmacie des Hôpitaux de Paris.*

(1) G. Baudran. Etude sur les émétiques. *Thèse de Pharmacie.* Paris.— Gauthiers-Villars, éditeurs. 1900.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des varices. — Actuellement, les opérations appliquées au traitement des varices, sont : la ligature veineuse simple, la section entre deux ligatures, la résection.

La *ligature* doit être faite à ciel ouvert, tous les procédés de ligature sous-cutanées médiate ou immédiate sont mauvais. La ligature est faite à la soie fine, au catgut, ou au fil de lin. La plupart des chirurgiens recommandent la ligature avec un fil non résorbable, craignant que la ligature au catgut ne soit pas suffisante pour oblitérer définitivement la veine. De fait, Delore a signalé des expériences dans lesquelles la perméabilité des veines liées n'avait été que temporaire.

Quénu a émis l'hypothèse qu'une ligature parfaitement aseptique pouvait ne pas être oblitérante par suite de l'absence du caillot. D'après Bouglé (*Chirurg. des veines*), le caillot n'est pas nécessaire pour obtenir l'oblitération d'un vaiseau artériel ou veineux, et si la ligature est suffisamment serrée, quelle que soit la nature du fil, l'oblitération est obtenue, à moins qu'on n'emploie un fil de catgut extrêmement fin dont la résorption serait particulièrement rapide. Un gros fil de catgut produit une constriction moins forte qu'un fil moyen, c'est celui ci qui doit être employé de préférence.

D'ailleurs, il est plus sûr de faire, comme on l'a conseillé depuis longtemps, la section de la *veine entre deux ligatures.*

Dans certains cas, c'est à la *résection veineuse* qu'on aura recours. Pratiquée depuis longtemps, elle avait peu de succès, aussi fut elle presque complètement abandonnée jusqu'à l'avénement de la chirurgie antiseptique. C'est à Trendelenburg que revient le mérite d'avoir posé les indications de la ligature veineuse, et d'avoir bien montré son efficacité dans le cas d'insuffisance valvulaire des veines saphènes.

La ligature remplace les valvules et supprime le poids de la colonne sanguine étendue du cœur aux ramifications des veines saphènes. La première condition pour que l'opération soit justifiée, c'est que l'insuffisance valvulaire existe. Il n'est pas nécessaire que le tronc de la saphène interne soit saillant sous la peau pour que ces valvules soient insuffisantes, par-

Digitized by Google

fois ce n'est qu'à la palpation qu'on sent la veine se gonfler sous l'influence de la station debout, et se détendre dans les efforts. La dilatation est minime, et cependant l'opération de Trendelenburg est indiquée parce que la veine est en tension.

Cet auteur fit primitivement une ligature unique de la saphène au tiers moyen de la cuisse ; puis il recommanda trois ligatures, l'une à la partie moyenne de la cuisse, la seconde au-dessus du genou, la troisième au-dessous. C'est aux *ligatures étagées*, ou mieux aux *résectiions* étagées que la plupart des chirurgiens ont recours aujourd'hui.

Schwartz résèque quatre ou cinq tronçons de la veine saphène à la cocaïne ; trois résections sont faites à la cuisse, une ou deux à la jambe ; chacune comprend un segment de veine long de 4 à 5 centimètres. A ce niveau, la veine est soigneusement isolée de ses branches collatérales qu'on pince au fur et à mesure et qu'on lie méthodiquement de façon à éviter les hématomes. Suture des incisions au crin de Florence sans drainage. Appareil ouaté compressif. Le malade doit rester trois semaines au lit après l'opération.

Schwartz, Championnière, Quénu ont publié des cas de résections veineuses remontant à plusieurs années, et restés complètement guéris. C'est donc une opération bénigne et efficace à condition d'être pratiquée aseptiquement. On a signalé des accidents d'embolie ; on est surtout exposé à les voir survenir dans les cas de phlébite variqueuse.

Quant aux récidives, elles sont susceptibles de survenir, surtout chez les malades prenant peu de précautions post-opératoires. Tout ce que l'on peut dire c'est que la résection veineuse tronculaire ou ramusculaire est toujours inoffensive lorsqu'elle est pratiquée aseptiquement, et, appliquée dans des conditions déterminées; elle est souvent curative, ou tout au moins palliative.

La forme douloureuse traduisant une altération concomitante des filets nerveux satellites, constitue, d'après Quénu, une indication de plus à la résection veineuse.

En revanche, il est un certain nombre de variqueux auxquels tout traitement chirurgical doit être refusé comme inefficace, ou même nuisible. Lorsque les varices sont très étendues, siégeant non seulement sur le tronc des veines saphènes, mais encore sur les branches et jusque sur les rameaux cutanés et sous-cutanés sans parler des distensions des veines profondes, les lésions sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

L'abstention est encore de rigueur lorsque le variqueux est en même temps un obèse ou un artério-scléreux dont le cœur et les reins sont insuffisants. — J. H. M.

OTOLOGIE

Trépanation de l'apophyse et de la caisse. — Cette opération comprend les temps suivants : incision cutanée, dénudation du squelette, recherche de l'antre et évidement de l'apophyse, ouverture de l'aditus et de l'attique.

1° L'*incision cutanée* est la même que pour la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Journal des Praticiens*, 1901, p. 810), avec cette différence qu'elle est plus longue et qu'elle se recourbe au-dessus du pavillon, vers la fosse temporale. S'il existe une fistule ou un abcès en arrière du sillon rétro-auriculaire, après avoir tracé dans le sillon l'incision typique, on fait tomber sur elle un débridement transversal passant par la fistule ou fendant toute la largeur de la poche purulente.

2° La *dénudation du squelette*, d'après Broca (*Monog. Clin.*) comprend, outre celle de l'apophyse celle de la partie inférieure de la fosse temporale et celle du conduit. Pour réaliser cette dernière on se sert d'une rugine étroite et mince, avec laquelle on décolle les parois postérieure, inférieure et supérieure du conduit membraneux, jusqu'au cercle tympanal ; puis, à ce niveau, bien dans le fond du conduit osseux, on coupe, du bout de la rugine, le tube cutané, et, en remontant vers la surface contre la paroi osseuse antérieure, on amène au dehors le conduit membraneux tout entier. Pavillon et conduit sont alors inclinés en avant, maintenus par les pinces que recouvre une compresse aseptique, et, à partir de ce moment, on voit tout le squelette de la région : apophyse, conduit osseux, cadre tympanal avec quelques restes seulement de la membrane.

Ce n'est en effet que dans les otites moyennes chroniques où la membrane est perforée ou même largement détruite, que l'on opère ainsi.

3° La *recherche de l'antre et l'évidement de l'apophyse*, se font au lieu d'élection, quel que soit le siège des lésions extérieurement appréciables.

Il est des cas où la besogne est toute faite : on trouve, largement béantes sous la fistule, une vaste cavité allant jusque dans la caisse : l'ostéite raréfiante a rongé le mur de la logette, la paroi postérieure du conduit, et la curette a raison en quelques minutes de petites parcelles osseuses friables. Quelquefois la cavité contient des séquestres ; on les extrait à la curette, sans avoir presque jamais à agrandir la perforation spontanée de la corticale.

Généralement, après avoir ouvert l'antre, on est séparé du conduit par une épaisseur d'os notable : c'est cette paroi qu'il est nécessaire de faire sauter pour réunir en une cavité unique toutes les cellules de l'oreille moyenne, y compris la caisse. Il faut, en

Digitized by Google

d'autres termes, transformer en tranchée le tunnel de l'aditus et effondrer le mur de la logette pour entrer dans l'attique. On procède de la façon suivante ;

Le protecteur de Stacke est introduit dans l'aditus, dont on voit la sortie dans l'antre, en haut, en avant et en dedans, et le protecteur est poussé dans cette direction. Lorsque la paroi du conduit est réduite à une mince lame, on peut, du premier coup, faire remonter le manche du protecteur de façon à abaisser le bec qui, devenu horizontal ou même un peu descendant, pénètre tout de suite dans la caisse. D'ordinaire, l'étroitesse de l'aditus est telle que ce mouvement est impossible ; on ne peut l'exécuter qu'après avoir agrandi, en quelques coups de ciseau, la première partie du trajet. Le protecteur, dont le plat est appliqué contre la paroi interne de l'aditus protège le canal demi-circulaire ; en bas, son bord inférieur garantit le facial contre les échappées.

Le protecteur étant en place, oblique en haut, en avant et en dedans, on commence par libérer le bec, par quelques coups de ciseau qui n'intéressent pas le conduit, mais agrandissent l'antre en haut. Bientôt, on peut faire prendre au manche sa position définitive, le bec pénétrant dans la caisse. A ce moment, on peut attaquer l'aditus et l'attique. On applique d'abord le ciseau bien perpendiculaire à l'os, tangentiellement au pôle supérieur du conduit, et, en quelques coups de maillet, on l'enfonce jusqu'au contact du protecteur. Si la lame est assez mince, l'os n'éclate pas. De ce côté il n'y a guère de danger à craindre.

Le trait supérieur une fois donné, on donnera le trait inférieur et c'est ici qu'on se souviendra du facial ; le ciseau sera appliqué à la jonction du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du conduit ; tout au plus à mi-hauteur du conduit, et il sera dirigé obliquement en haut et en dedans, de façon que la brèche soit trapézoïde, que le morceau enlevé à la paroi du conduit ait à la surface une base haute comme la moitié du conduit au plus, et dans la profondeur une petite base large comme l'aditus.

La plupart du temps, on ne fait pas sauter en une seule pièce le fragment osseux, mais en plusieurs morceaux, en avant, à petits coups vers la profondeur. On a soin de faire marcher le travail également en haut et en bas, les coups de ciseau supérieurs étant toujours bien perpendiculaires à l'os ; les inférieurs, au contraire, de plus en plus obliquement ascendants. On termine en élargissant la brèche par l'abrasion, en haut surtout, des angles qui surplombent encore un peu le protecteur, et on s'arrête lorsque celui-ci sort à plat sans être arrêté.

Pendant ce temps opératoire, la compression temporaire avec de la gaze rendra de grands services, car il importe d'y voir clair.

Telle est l'opération typique lorsque les cellules de l'apophyse sont assez spacieuses. Mais, à la suite des otites moyennes chroniques, il n'est pas rare que l'os subisse une ostéite condensante, qui étouffe, réduit même presque à néant le système cavitaire : au bout d'un aditus étroit se trouve un antre microscopique.

Dans ces conditions, on peut encore mener presque toujours l'opération à bien par ce procédé, si l'on se porte en haut et en dedans, nettement vers l'aditus, en mordant au besoin, avec précaution il est vrai, sur la crête mastoïdienne.

Lorsqu'on a ouvert l'antre, l'aditus et l'attique, on procède à la toilette de cette vaste cavité : on abrase au ciseau tous les ponts osseux que l'on trouve ; on extrait de la caisse les restes des osselets et les fongosités ; on nettoie les masses cholestéatomateuses ; on évide à la curette les parties osseuses cariées friables ; on curette les fongosités des parties molles ; on excise les trajets fistuleux.

Pour la commodité des pansements ultérieurs, on laisse largement béante la cavité rétro-auriculaire. Mais il est nécessaire que le conduit reste, lui aussi, largement ouvert. Pour cela, on le fend en haut et en arrière jusqu'à la conque, dans l'axe de la trépanation de l'aditus, et par le tamponnement on l'étale en avant et en dedans.

La cavité étant bien asséchée, une mèche de gaze iodoformée, introduite par le conduit et reprise par la plaie retro-auriculaire, est poussée avec la pince de Lister jusqu'au fond de la caisse et bien serrée. Une seconde mèche tamponne la plaie rétro-auriculaire.

Pour obtenir un bon résultat, il est indispensable de maintenir le conduit et la caisse largement ouverts ; or, ils tendent sans cesse à se rétrécir. On aura soin de toujours tamponner à fond par le conduit et derrière l'oreille. — J. H. M.

MÉDECINE COMPARÉE

Contagion à l'homme de la fièvre aphteuse du bétail. — Il y a quelques années, le *Journal des Praticiens* nous a obligeamment prêté ses colonnes pour un article sur ce sujet. A cette époque, nous avions exposé des faits manifestes de la contagion, alors encore contestée, de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme.

Aujourd'hui, des accidents nombreux se produisent et viennent confirmer nos assertions. C'est que, il faut bien le dire, jamais, à notre connaissance cette maladie, essentiellement virulente, n'a atteint au.

Digitized by Google

tant de sujets et causé autant de pertes, sinon de ruines, pour l'agriculture nationale. Et c'est partout où les intéressés ont résisté à la mise en œuvre des mesures sanitaires que la fièvre aphteuse a sévi le plus cruellement et où les faits de contagion à l'homme ont été le plus fréquents.

C'est pourquoi nous pensons bon de résumer ici un très intéressant article paru sur ce sujet dans le *Journal de l'Agriculture*, sous la signature de M. le docteur Rochon.

Dans un court aperçu historique, l'auteur indique que, dès le XVIIe siècle, les médecins avaient soupçonné la contagion et presque reconnu l'identité de la stomatite aphteuse de l'homme et des animaux, basée sur les analogies du début, du développement, du siège, de l'aspect des lésions.

Des faits mieux observés, et plus circonstanciés en 1840 en France, en 1860 en Angleterre, en 1872 en Suisse, en 1892 aux environs de Berlin, en 1899 et en 1900 encore en France, sans parler d'autres observations connues mais inédites, ont permis d'établir la réalité de la contagion. On est même arrivé à des chiffres importants d'accidents malgré la consommation toujours moindre de lait non bouilli. C'est ainsi que l'on a vu, chez des garçons de ferme occupés dans des locaux contaminés, de légères excoriations de l'épiderme des mains ou des bras se transformer en plaies aphteuses au contact des ulcérations ou de la salive seule des animaux.

« Nous avons eu nous-même, dit le docteur Rochon, à soigner une femme souffrant de gerçures du sein et dont le mamelon se couvrit au bout de quelques jours d'aphtes typiques ; elle avait été contaminée par son enfant qui lui-même avait gagné une stomatite aphteuse à boire, une fois sur deux tétées, du lait de vache sans doute insuffisamment bouilli. »

C'est ce lait insuffisamment bouilli qui cause le plus souvent les accidents de transmission. C'est qu'on ne sait pas faire bouillir le lait, et qu'on le croit bouilli quand il monte dans la casserole ou s'en sauve. L'ébullition pour donner toute sécurité doit durer, d'après le professeur Nocard, au moins dix minutes.

En réalité il n'y a plus l'ombre de doute possible en ce qui concerne la transmission de la fièvre aphteuse — *Vulgo : Cocotte* — des animaux à l'homme. De même aussi les vétérinaires ont constaté cette contagion d'animaux bisulques à des solipèdes que l'on considérait comme possédant une immunité contre cette maladie.

Nous citons encore le docteur Rochon :

« Grâce à ces connaissances, les symptômes observés par les médecins pourront désormais prendre place à côté de ceux relevés par les vétérinaires, et, de cette façon, certains points encore obscurs trouveront certainement leur éclaircissement ».

M. Rochon fait bonne justice des prétendus guérisseurs de la fièvre aphteuse qui la considèrent comme une affection purement locale. S'il en était ainsi, comment expliquer l'avortement presque ordinaire chez les vaches qui en sont atteintes? Comment expliquer la mort des veaux à la mamelle ou sevrés? « Et si la stomatite aphteuse n'est qu'une lésion buccale, comment expliquer la néphrite que nous avons constatée chez les enfants, onze fois sur cent douze? » (Rochon).

Le professeur Nocard, à l'Académie de médecine, a d'ailleurs démontré, sans doute possible, que la fièvre aphteuse est bien une maladie *totius substantiæ*.

Plus que jamais, il faut lutter scientifiquement contre la maladie et continuer les recherches commencées sous le patronage du ministre de l'agriculture. Mais il est indispensable que, dans cette lutte, les médecins soient, à la campagne, les collaborateurs des vétérinaires.

Une des causes de la persistance du mal, et non la moins puissante, réside dans l'inobservation des lois et règlements de la police sanitaire vétérinaire. Le petit propriétaire rural, par un préjugé aussi invincible qu'inexplicable, se croit déshonoré quand il a un animal affecté de maladie contagieuse — comme se croit déshonorée une famille dont le malheureux fils est vénérien ; on dirait, dans l'un et l'autre cas, qu'on est coupable. C'est pourquoi ce propriétaire refuse obstinément de se soumettre à la déclaration légale, qui est la base de toute police sanitaire efficace.

Les médecins, dans leurs clientèles, en présence de la contagion aphteuse, devront désormais engager les personnes chez lesquelles ils sont appelés à se soumettre à la loi. Plus que d'autres ils ont la science et l'influence nécessaires pour imposer leurs sages conseils.

Il y a là, à côté d'un devoir d'humanité, un devoir inéluctable de patriotisme, auquel ni médecin, ni vétérinaire ne voudront se dérober.

L'entrefilet paru ces jours derniers dans un grand journal parisien, le *Temps*, et que nous reproduisons ici, donne raison au vœu que nous venons d'émettre comme conclusion de ce qui précède :

« Trop souvent les habitants des campagnes négligent les prescriptions administratives relatives aux précautions à prendre dans les cas de fièvre aphteuse.

« Ce qui vient de se passer dans la Lozère prouve une fois de plus quel tort ils ont de croire que les mesures qu'on enjoint de prendre sont de « simples tracasseries administratives ».

Digitized by Google

« Notre correspondant de la Lozère nous écrit que les habitants du petit village de Salcrus, dont les vaches sont atteintes de la fièvre aphteuse, ont continué à s'alimenter indistinctement du laitage provenant des bêtes malades aussi bien que des bêtes saines.

« Il est résulté qu'un nombre considérable d'entre eux ont contracté cette maladie, ils ont le visage tout noir et souffrent horriblement. »

Ajoutons que la Lozère est le département de France le plus déshérité en vétérinaires. Il n'y en a que deux. Or, les soins des animaux malades sont confiés à des empiriques qui ignorent la loi, ou plutôt qui, la connaissant, la transgressent, parce qu'en vertu de l'article 12 (Loi du 21 juillet 1881), ils n'ont pas le droit de traiter des animaux atteints de maladies contagieuses.

Les faits qui se passent dans la Lozère justifient, outre mesure, la loi votée récemment par le Sénat, et qui le sera prochainement sans doute aussi par la Chambre des députés, loi ayant pour but la réglementation de l'exercice de la médecine de nos animaux.

Mais, disons-le en terminant, si l'empirisme vétérinaire a joué un rôle important dans la persistance de la fièvre aphteuse en France, le mercantilisme de gros négociants en bestiaux a été peut-être encore plus funeste, nous l'affirmons hautement. Que leur importent, aux uns et aux autres, la fortune et la santé publiques, si leurs petites affaires marchent bien? — Emile Thierry, *vétérinaire, membre correspondant de l'Académie de médecine.*

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle annuelle du 17 novembre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Infection éberthienne à localisation cholécystique tardive. — M. Le Gendre rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, chlorotique, qui, pendant 4 semaines, présenta de la fièvre avec température élevée, sans que l'on puisse faire de diagnostic positif. Ce ne fut que pendant la cinquième semaine qu'apparurent des douleurs dans l'hypochondre droit, qui firent penser à l'existence d'une cholécystite. En même temps l'examen du sérum sanguin décela une réaction agglutinante positive pour une culture du bacille d'Eberth ; il s'agissait donc d'une infection par le bacille d'Eberth, sans autre symptôme typhoïde que la fièvre, avec localisation tardive sur la vésicule biliaire.

Cystite à bacille d'Eberth dans le décours de la fièvre typhoïde. — MM. Levi et Lemierre. Il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde bénigne chez un homme de 24 ans. Au 19e jour de la maladie, alors que la température oscillait aux environs de 37°, apparurent des phénomènes de cystite : douleurs en urinant, mictions fréquentes, un peu de sang à la fin de la miction, pyurie. L'examen bactériologique fit reconnaître la présence de nombreux bacilles d'Eberth dans les urines. Plus de 3 mois après le début de la cystite typhique, l'urine contenait encore des globules blancs et des bacilles d'Eberth en culture pure.

Après l'ingestion de 2 gr. d'urotropine pendant 6 jours, les urines ne contenaient plus ni pus ni bacilles d'Eberth.

Complications de l'angine de Vincent. — M. Simonin, du Val-de-Grâce. Les ulcérations avec pseudo-membranes que provoquent au niveau des amygdales, et sur la muqueuse buccale le bacille fusiforme et les spirilles décrits par M. Vincent, étaient considérées comme de nature bénigne et exemptes de complications. M. Simonin montre avec preuves à l'appui qu'il n'en est pas toujours ainsi ; chez un certain nombre de malades atteints d'angine ulcéreuse et de stomatite ulcéro-membraneuse, de nature fuso-spirilaire, il a relevé des accidents, tels que l'erythème scarlatinoforme ou polymorphe, des arthralgies, de la myocardite, de l'albuminurie, des anémies consécutives. Quelques auteurs ont même signalé des cas de mort par broncho-pneumonie et pleurésie purulente.

Dans tous ces cas, il s'agissait d'infections secondaires par association de streptocoques ou de staphylocoques aux éléments fuso-spirillaires, dont la virulence était ainsi exagérée.

Goître exophtalmique chez un garçon de 4 ans et demi. — M. Variot présente un enfant atteint de maladie de Basedow avec la triade symptomatique caractéristique : exophtalmie, goître, corps thyroïde, tachycardie. C'est le plus jeune sujet qui ait été observé en France et probablement à l'Etranger.

Sous l'influence d'un traitement tonique (huile de foie de morue, iodure de fer, viande crue) et surtout du traitement thyroïdien (0gr.10 tous les 2 jours, pendant 2 mois), l'état général de cet enfant s'est très amélioré. Il a gagné plus de 3 kilogs ; le goître a diminué ; le pouls est descendu de 160 à 144.

M. Marie. L'action du corps thyroïde, d'une façon générale, est chose mauvaise dans la vraie maladie de Basedow. Par contre, dans le goître basedowifié, il en est autrement, et alors cette médication peut rendre des services.

M. Joffroy. L'on rencontre deux catégories absolument opposées de basedowiens lorsqu'on recherche leur mode de réaction à l'égard de la médication thyroïdienne. Les uns en obtiennent d'excellents résultats ; chez d'autres elle provoque des accidents graves, sans que nous en connaissions la raison, que ce soient des malades atteints de vraie maladie de Basedow, ou qu'ils soient atteints de goître secondairement basedowifié.

Epilepsie partielle avec hémiplégie gauche. — M. Fernet présente un malade atteint d'épilepsie jacksonienne (convulsions brachiales gauches) et d'hémiplégie incomplète du même côté, survenues depuis 4 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde ; pas de syphilis.

Digitized by Google

Aphasie motrice due à un ramollissement exactement localisé au pied de la troisième circonvolution frontale gauche, chez une femme de 61 ans. — présentation de pièce par MM Chauffard et Rathery. (*6 décembre*).

Idées mélancoliques et suicide dans un cas de fièvre typhoïde. — M. Souques. Il s'agit d'une jeune femme, qui, au 16e jour d'une fièvre typhoïde se jeta brusquement par la fenêtre pour échapper à une idée mélancolique. Elle ne mourut pas sur le coup et put, de façon très lucide, raconter l'enchaînement des conceptions délirantes qui l'avaient conduite au suicide. Elle s'était persuadé que, pour la punir d'avoir uriné au lit, l'infirmière allait lui décoller les épaules ; elle se voyait sur la dalle d'amphithéâtre, les épaules décollées, condamnée à être enterrée vivante. Or elle aimait mieux être enterrée morte, et elle se précipita par la fenêtre.

Les exemples de suicide survenu au cours de la fièvre typhoïde sont assez rares, sans être toutefois exceptionnels.

L'acte est accompli sous l'influence d'idées délirantes, comme dans le cas précedent; il est intéressant de constater l'existence d'une idée suivie, au milieu de la confusion mentale qui caractérise le délire des typhoïdiques et de voir cette idée aboutir au suicide.

Vu la possibilité d'accidents de ce genre, il est indiqué d'établir une étroite surveillance autour de ces malades, lorsqu'ils présentent des idées de suicide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne. — M. Reynier. Lorsque chez un sujet atteint de phénomènes cérébraux graves, consécutifs à un traumatisme du crâne, on retire par la ponction lombaire un liquide céphalo-rachidien teinté de sang, il a de grandes chances pourqu'il y ait une fracture du crâne. Mais on ne peut compter entièrement sur ce moyen de diagnostic, puisque, dans une hémorrhagie intra-ventriculaire spontanée, M. Tuffier a pu retirer du liquide céphalo-rachidien teinté, comme dans le cas de fracture du crâne.

La même réserve s'impose sur la valeur thérapeutique de cette méthode : on a cité des cas où la ponction lombaire a été suivie d'une amélioration rapide dans l'état du malade ; par contre, il existe des observations plus nombreuses où la ponction n'a rien produit. N'y a-t-il pas eu une simple coïncidence dans les cas heureux ?

Des plaies de la moelle. — M. Delbet. Que deviennent les reflexes lorsque la moelle est lésée ? Il y a 12 ans, cette question paraissait définitivement réglée par les physiologistes. La doctrine acceptée était celle-ci : les reflexes ont la moelle pour siège. Les centres encéphaliques exercent normalement un rôle phrénateur sur les centres médullaires reflexes. Lorsque la continuité est interrompue entre l'encéphale et la moelle, le rôle phrénateur du premier étant supprimé, les reflexes s'exagèrent.

Cette doctrine paraissait solidement établie quand Bastian voulut lui substituer une conception inverse Pour lui, la continuité de l'encéphale avec la moelle est nécessaire à la production des reflexes. Lorque la moelle est sectionnée, les reflexes, loin d'être augmentés, sont totalement abolis dans le segment sous-jacent à la section.

M. Delbet, en présence d'opinions aussi diamétralement opposées, a fait de nombreuses expériences sur ce point. Il en résulte que, chez les chiens, l'exagération des reflexes est la règle après les sections médullaires ; il en est de même chez l'homme, ainsi que le montrent quelques observations de section accidentelle de la moelle.

L'ancienne doctrine qui reconnaissait à la moelle le pouvoir excito-moteur, reste donc encore vraie.

Inversement, la suppression totale des reflexes ne prouve pas que la moelle soit complètement sectionnée, car il existe des faits expérimentaux et cliniques d'abolition des reflexes dans le segment inférieur du corps, alors que la moelle ne présentait aucune lésion apparente.

Un cas de duodénostomie. — M. Hartmann communique la première observation française de duodenosdomie Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, qui avala par mégarde une gorgée d'acide chlorhydrique le 28 avril 1901. Il en résulta une impossibilité absolue de conserver aucun liquide dans l'estomac, quoiqu'il n'y eût pas de rétrécisse de l'œsophage, et un amaigrissement extrême

Le 4 juin, M. Hartmann pratiqua la laparotomie. L'estomac, très rétracté, était réduit à une sorte de boudin du volume d'un intestin très musclé. La région pylorique, comme étranglée, était le siège d'un rétrécissement cicatriciel L'abaissement de l'estomac était impossible, et sa surface abordable trop restreinte pour pratiquer une gastro-enterostomie. Dans ces conditions, il se décida à faire une bouche sur la première partie du duodenum, immédiatement à droite du pylore.

Alimentation immédiate par cette bouche à l'aide d'une sonde de Nélaton, qui sert à introduire du lait conservé par l'intestin. Les jours suivants, la malade continua à être alimentée par la bouche duodenale ; elle ne tarda pas pas à reprendre ses forces et avait engraissé de 6 kilogs en 25 jours Les aliments, composés de lait et d'œufs battus, étaient introduits par la sonde, et bien digérés Le 6 juillet, elle quitta l'hôpital, pour y rentrer le 16. A la suite d'écar probables de régime, elle était atteinte de vomissements puriformes, fétides, de douleurs épigastriques violentes, L'alimentation par la sonde, devient impossible, les vomissements continuent ; la malade meurt le 2 août.

Autopsie : muqueuse de l'estomac en bouillie ; au niveau de la grosse tubérosité, vaste ulcération, dont le fond est constitué par la musculeuse; sur un point, cette ulcération s'étend jusqu à la séreuse. La région pylorique est sclérosée ; la lumière du pylore laisse à peine passer un petit crayon. Les parois de la bouche duodenale ont bien tenu ; l'orifice est continent. Il n'y a pas de péritonite, même circonscrite.

Digitized by Google

Concours du Journal des Praticiens

(Deux prix de 250 francs chacun)

Le *Journal des Praticiens* institue, pour 1902, entre tous ses lecteurs, deux concours de médecine *pratique* (clinique interne, hygiène, thérapeutique clinique) et de chirurgie *pratique* (clinique externe, obstétrique, thérapeutique chirurgicale).

Chaque prix sera de 250 francs et ne sera partagé qu'après délibération spéciale du jury. Celui-ci composé de six membres (trois pour chaque prix) choisis ou tirés au sort parmi les membres du Comité de rédaction, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, ne sera connu qu'après l'envoi des mémoires, lequel devra être effectué le 1er novembre 1902 au plus tard. Les auteurs ne devront pas se faire connaître, et les noms des auteurs non récompensés ne seront pas livrés à la publicité. Le nombre de pages des mémoires sera limité. Les prix seront décernés à la fin de décembre 1902.

Dans l'un des premiers numéros de janvier 1902, nous ferons connaître toutes les conditions du concours dont le but est essentiellement pratique, comme le journal qui l'institue.

Le Directeur scientifique du *Journal des Praticiens*.
H. Huchard.

Comité de Rédaction — M. le professeur Raymond, et M. le Dr Belin, médecin des hôpitaux, font partie de la rédaction du Journal, à partir de janvier 1902. Avec tous nos remerciements à nos chers collègues, et..., félicitations aux lecteurs. - H. H

RÉCOMPENSES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Parmi les récompenses décernées par l'Académie de Médecine de Paris, le 17 décembre 1901, nous voulons signaler celles de nos collaborateurs, en les félicitant très vivement.

M. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a obtenu le prix Buignet : M. Barié, médecin des hôpitaux de Paris, une récompense avec 400 francs (Prix Desportes); M. Pégurier (de Nice), une mention honorable (Prix Desportes); M. le Dr Gélineau (de Blaye), un vaillant travailleur et écrivain que nous voulons considérer comme collaborateur depuis l'hôpital Bichat où il a suivi nos cliniques si assidûment, une récompense de 300 francs pour son *traité sur les épilepsies* (Prix Herpin); M. Ehlers (de Copenhague), un ami du *Journal des Praticiens* et de la France (Prix Hugo); M. Lowenthal (d'Anizy-le Château), un de nos distingués lecteurs (Prix Larrey); M. Gauthier (de Charolles), trop rare collaborateur, une mention honorable (Prix Louis); M. A. Druault (Prix Meynot); M. Remlinger (Prix Clarens et mention honorable du prix Monibnne).

Dans le service des *eaux minérales*, nous avon à signaler les noms de MM. Philbert (de Brides, rappel de médaille d'or); Lamat, de Biarritz, médaille d'argent); Pujade, X., d'Amélie-les-Bains, mention honorable du prix Desportes); Barbaud (de Hammam R'ihra, rappel de médaille d'argent); Chiais (d'Evian); Duboureau (de Cauterets, rappel de médaille d'argent); Delage de Vichy, médaille de bronze); Leriche (des Eaux-Bonnes).

Pour le *service des épidémies* : André (à Toulouse); Boquin (à Autun); Courtade (à Outarville); Mantel (à Saint-Omer).

Si nous oublions quelques noms, nos lecteurs voudront bien nous les rappeler. Mais, un nom que nous ne saurions oublier est celui du Dr Fiessinger (de Saint-Claude), correspondant de l'Académie de médecine, et qui a obtenu un rappel de médaille d'or pour ses remarquables travaux sur les épidémies.

Notre collaborateur et ami qui nous promet à partir de 1902 une collaboration plus active à notre journal (nouvelle qui fera certainement le plus grand plaisir à nos lecteurs), appartient à cette vaillante phalange des médecins de la province, comme Liégeois (de Bainville), un ami du premier degré, un collaborateur de la première heure), Breton (de Dijon), Fabre (de Commentry) et d'autres encore qui nous apportent si utilement les résultats de leur expérience et de leur labeur incessant. A tous, nous adressons nos remerciements et nos félicitations. — H. H.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte (3e édition), par H. Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. (Deux volumes sont parus; le 3e et dernier volume, sous presse, paraîtra vers le mois de juin 1902.) O. Doin, éditeur.

Consultations médicales par H. Huchard (2e édition de 544 pages et 53 consultations sur diverses maladies), Paris 1901. Baillière éditeur.

Mémentos thérapeutiques (Prime aux lecteurs du *Journal des Praticiens*). Le premier volume (2e série) a paru et a déjà été adressé à presque tous nos lecteurs qui en ont fait la demande à l'administration du journal (avec 0.60 cent. pour frais de port). Le second volume paraîtra vers la fin de janvier 1902 et sera adressé de même à titre gracieux (avec 0,60 centimes pour frais de port) à tous les abonnés qui en feront la demande.

Chirurgie du foie par E. Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. de 549 pages et 58 figures dans le texte. Paris 1901. O Doin éditeur.

Revue générale de pathologie interne par Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris (4e année). Voici un excellent journal que nous recommandons à l'attention des travailleurs. Il résume tous les 15 jours très exactement tous les travaux parus en France et à l'Etranger sur la pathologie interne, et toujours dans un but très pratique. Il nous rend de très grands services, et pour ma part, j'estime qu'il est indispensable aux chercheurs et aux travailleurs. (G. Masson, éditeurs, 120, boulevard St-Germain à Paris. Prix de l'abonnement en France : 10 francs par an. A l'Etranger : 12 francs). — H. H.

Pour paraître prochainement chez Masson, éditeur : **Manuel pratique du traitement de la diphtérie**, par M. Deguy, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades, et Benjamin Weill, moniteur de tubage et de trachéotomie. 1 vol. de 300 pages avec 60 figures. (Sous presse)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAMBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Table alphabétique des Matières

ANNÉE 1901

Cette table a été composée pour être à la fois analytique et synthétique.

Dans le but de rendre plus faciles et plus rapides les recherches du lecteur, les renvois ont été multipliés, et les rubriques ont été composées en PETITES CAPITALES (noms d'auteurs), en égyptiennes (organes, maladies, etc., etc.).

A

Abcès. — A... gonococcique logé dans le tissu sous-cutané du prépuce, par A. RENAULT, 577. — V. Foie, Pneumococcie, Rate, Testicule.

Abdomen. — Plaie de l'A... par coup de couteau, par CHAPUT, MORESTIN, 32 ; par ROCHARD, 62. — Conduite à tenir dans les contusions graves de l'abdomen, par HARTMANN, 192.

Abdominal. — V. Point de côté, Vibrations

Abrine. — L'A... contre les granulations, par de LAPERSONNE et PAINBLANC, 58.

Absinthisme. — La lutte contre l'A..., par LABORDE, 414

Académie de médecine. — 15, 47, 62, 77, 95, 108, 141, 156, 172, 191, 204, 221, 237, 253, 269, 286, 301, 349, 365, 381, 414, 429, 446, 462, 477, 509, 526, 654, 671, 687, 701, 719, 733, 749, 764, 782, 798, 814.

Accès. — V. Bromure.

Accidents pulmonaires. — V. Poumon. — Accident de travail. V. Surdité.

Accouchement. — De l'A... spontané dans les bassins rétrécis rachitiques, par VALENCY, 74. — Anesthésie cocaïnique médullaire appliquée aux A. ., par GUÉNIOT, 77. — De l'intervention prophylactique et précoce dans la rétention des membranes après l'A... à terme, par ROUAULT, 475. — Sur un cas d'œdème du col pendant l'A... avec élimination spontanée pendant l'expulsion de la zone cervicale œdématiée, par ARRIVÉ, 603. — V. Crâne, Enfant.

Acétate d'ammoniaque. — V. Céphalalgie.

Acétopyrine. — L'A..., RENON, WINTERBERG, BRAUN, 78.

ACHARD. — V. Cocaïne, sons.

Acholurique. — V. Ictère.

Acétonémie. — V. Enfants.

Acides. — A... biliaires ; La réaction de Haycraft pour la recherche des A..., par FRENKEL et CLUZET, 444. — A... chlorhydrique. V. Sciatique. — A... lactique. — A... dans les affections du cuir chevelu, par BALZER, 537. — A... osmique. V. Cancer. — A... phosphorique ; Emploi de l'A... et de ses dérivés, par JOULIN, 171. — A... picrique. V. Blennorrhagie.

Actinomycose. — A... de la joue, par GAUCHER, 302.

Actualités. — V. p. 79, 143, 271, 335, 367, 398, 431, 448, 752, 784.

Adeline. — V. Polynévrites.

ADELT. — V. Héroïne.

Adénomes. — V. Rectum.

Adéno-lipomatose. — A... symétrique à prédominance cervicale, par LABBÉ et FERRAND, 476.

Adénopathies. — A... tuberculeuses, leur traitement par les injections interstitielles, par BROCA, 572. — V. Enfants.

ADENOT. — V. Prostatectomie.

Admissibilité. — V. Glycosuriques.

Adultes. — V. Coxalgie.

Aérophagie. — De l'A..., par MATHIEU, 172, par DEGUY, 392, 404.

Affections. — A... aiguës. V. Poumon. — A... pleuro-pulmonaires. V. Point de côté. — A... thoraciques. V. Appendice.

Agents. — V. Œil.

Albuminurie. — Une mère albuminurique peut-elle allaiter son enfant, par COMMANDEUR, 46. — Oscillations et relations des A..., par CHARRIN, 444. — Note sur l'A... intermittente, par LE NOIR, 494. — A... dans ses rapports avec l'assurance sur la vie, par STOKVIS, 685. — A... orthostatique, par LE NOIR, 702. — V. Antipyrine.

Albuminurique. — V. Retinite.

Alcaloïdes. — V. Jusquiame.

Alcoolisme. — La lutte contre l'A. . en France. par H. BERNARD, 510. — V. Strychine.

Alcoolique. — V. Cirrhose.

Alexandrie. — V. Peste.

Alimentaire. — V. Dyspepsie, Tuberculeux.

Alimentation. — L'A... des prisonniers, par FLUEGGE, 203. — L'A... par voie sous-cutanée, par PERRIER, 315. — V. Arthritisme.

ALLEN-STARR. — V. Neurasthénie.

Altérations. — V. Cœur.

Altitudes. — V. Respiration.

Ambulatoire. — V. Méningite.

Amers. — V. Anorexie.

Amputation précoce. — V. Diabétiques. — V. Ossification.

Anal. — V. Prurit.

Analgésie épidurale. — Traitement des douleurs viscérales et intercostales, par l'A ... par WIDAL, 334. — V. Cocaine, Cocainisation.

ANDRÉ. — V. Formules.

Anémie. — Les métaux pesants considérés comme médicaments hématogènes dans le traitement de l'A..., par CERVELLO, 22. — V. Nourrissons.

Anesthésie. — A... par voie rachidienne en obstétrique, par PORAK, 95. — A... par injections intra-rachidiennes de cocaine, par RECLUS, 334. — A... brachiale. V. Angine de poitrine. — A... chloroformique. V. HUCHARD. — A... cocainique. V. Accouchements, Cocaine, Musique, Antipyrine.

Anévrysmes. — Signes laryngotrachéaux de l'A. . aortique, par COLLET, 27. — Rétrécissement mitral par compression d'un A... de l'aorte descendante, par HENSCHEN, 290. — Névralgies et anévrysmes latents de l'aorte, par HUCHARD, 353. — Traitement des A... par les injections de gélatine, et diagnostic des A... du tronc innommé, par SORGO, 364. - Traitement des A... par les injections sous-cutanées de gélatine, par LANCREAUX, 479. — Ouverture d'un A... de l'aorte ascendante dans l'artère pulmonaire. Difficulté du diagnostic, par HŒLDMOSER, 570. — A... de l'aorte s'ouvrant dans la veine cave supérieure, par HENSCHEN et WESTBERG, 607. — Troubles pupillaires dans les A... de l'aorte. par BABINSKY, 750. — A... latent de la crosse de l'aorte avec pneumonie massive et nécrosante gauche par compression du nerf vague, par HUCHARD et BERGOUIGNAN, 758. — A... de la crosse de l'aorte, par LEGENDRE, 222. — V. Aorte.

Angines. — A... à bacilles fusiformes, par VINCENT, 115. — A... ulcéro-membraneuses, par DEGUY, 426. — Complication de l'A... de Vincent, par SIMONIN, 830.

Angine de poitrine. — Anesthésie brachiale permanente dans l'A..., par KLIPPEL, 689. — A... avec irradiations douloureuses dans le maxillaire inférieur, par PAULI et KAUFMANN, 778. — V. Dyspnée.

Angiosclérose. — V. Purpura.

Aniline. — Sept cas d'intoxication par une teinture à base d'A... servant à noircir les chaussures, par LAURENT et GUILLEMIN, 131.

Aniodol. — L'A ., 616.

Annexes. — V. Fibromes.

Anorexie. — L'emploi des amers dans l'A..., par HUCHARD, 517.

Antimoine. — Sur la dissémination et la localisation de l'A... dans l'organisme, par POUCHET, 654.

Antipyrine. — L'albuminurie produite par l'A... Inconvénients de l'A... chez les albuminuriques, par ROBIN, 218. — Anesthésie locale par l'A..., par TERRIER et PEREIRE, 665.

Antithermiques. — V. Médicament.

ANTONY. — V. Méningite.

Anus. — De l'A... contre nature, par MILHIET, 9. — A... artificiel : V. Rectum — V. Fistules.

Ano-rectales. — V. Fistules.

Aorte. — Anévrysme de l'A..., par RENDU, 97. — V. Anévrysme.

Aortique. — V. Anévrysme.

Aorte. — A... chronique : V. Enfance. — V. Syphilis.

AOUST. — V. Vaccination.

Apéritive. — V. Soude.

Aplasie artérielle. — V. Cœur.

Apnée. — V. Diphtérie.

Apocodéine. — V. Constipation.

Apocynum cannabinum. — A... cardiaque diurétique, 284. — V. Cœur.

Apophyse mastoïde. — Trépanation de l'A..., par BROCA, 810, 827.

Apoplectiformes. — V. Pouls.

Appareil circulatoire. — V. Neurasthéniques.

Appendice et Appendicite. — Syndrome appendiculaire sans lésions de l'A.. dans les affections thoraciques, par MIRANDE, 61. — Traitement de l'A..., par POIRIER, 78, par KELSCH, 156. — Discussion sur l'A.., par CHAMPIONNIÈRE, ROBIN, 142. — A... chronique, par RASTOUIL, 299. — Helminthiase et A..., par TRIBOULET, 318. — La pathogénie de l'A..., par KRETZ, 413. — Des fistules entéro-cutanées consécutives à l'A..., por LECUREIL, 474. — V. Hématémèses, Helminthes, Gastrite.

Applications. — V. Ether.

Arachnoïde lombaire. — V. Cocaine.

Armée. — V. Cardiopathies.

Arnica. — A..., par LIÉGEOIS, 525.

ARRIVÉ. — V. Accouchement.

Digitized by Google

D... hospitalisés au bastion 29, par CHANTEMESSE, 351. — Sur les formes prolongées ou récidivantes et les formes à rechute de la D... Sérothérapie intensive applicable à ces cas, aux D... trachéo-bronchiques et aux accidents d'intoxication tardive, par BARBIER, 401. — Sérothérapie préventive dans une épidémie de D..., par VOISIN et GUINON, 414. — La sérothérapie préventive de la D..., par MATHÉ, 763. — La D... chez les nourrissons, par CRISTIANU et BRUCKNER, 778. — V. Sérumthérapie, Diazo-réaction.
Discipline. — V. Tuberculeux.
Dissémination. — V. Antimoine.
Diurétique — V. Apocynum cannabinum.
Diverticulaire. — V. Ombilic.
Diverticules. — V. Vessie.
Doigts. — Déformations hippocratiques des D... d'une seule main, par BÉCLÈRE, 222.
Dome. — V. Choc.
DOPTER. — V. Péricardite.
Dothiénentérie. — D... à manifestations méningées, par SERGENT et BERNARD, 95, 111.
Douves. — V. Foie.
DROSSNER. — V. Musique.
DUBUJADOUX. — V. Vessie.
DU CASTEL, — V. Lèpre, Pelade.
DUFOUR. — V. Cœur, Gangrène.
Duodenostomie — Un cas de D..., par HARTMANN, 881.
DUPASQUIER. — V. Respiration.
DURRIEUX. — V. Ethérisation, Vessie.
Dysentérie. — V. Fièvre typhoïde.
Dyspepsie. — Sur quelques phénomènes morbides de la seconde enfance en rapport avec une D... toxique d'origine alimentaire, par SEVESTRE, 113. — Traitement des D.. par le suc gastrique naturel, par FINKIELSTEIN, 475. — D... gastro-intestinales. — V. Massage.
Dyspeptique. — V. Glycosurie, Nourrissons.
Dyspnée. — Association d'une D... toxi-alimentaire et d'une angine de poitrine, par HUCHARD, 118.
Dystocie. — D... due à la contracture du muscle releveur de l'anus, par DAVET, 237. — D... par kyste hydatique du ligament, Opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale; enfant vivant; guérison, par CHAMPTIER DE RIBES et BAUDRON, 814. — V. Fibromes.
Dystrophie. — D... ovarienne. — V. Ovaire.

E

Eaux. — La contamination des E... par FIESSINGER, 664. — V. Estomac, Cautérisation par les vapeurs d'E... chaude par JANSEN, 379. — V. Cautérisation.
Eau oxygénée. — Accident mortel dû à l'emploi de l'E... par MOREAU, 155. — V. Pyodermite.
Eberthienne. — V. Infection.
EBSTEIN. — V. Diphtérie.
Echinacea augustifolia. — Racine de l'E... par STINSON, 687.
ECOFFER. — V. Nouveau-né.
Ecouvillonnage. — V. Avortement.
Ecthyma. — Traitement de l'E..., 154.
Ectopique. — V. Grossesse.
Ecrasement. — V. Calcaneum.
Eczéma. — Traitement de l'E .. par GAUCHER, 257. — Diagnostic de l'E. . de l'oreille par LERMOYEZ et BOULAY, 344. — E... arthritique chez les enfants et leur traitement par LEUILLIER, 557.
EINHORN. — V. Estomac.
Electricité. - V. Œsophagisme, Névralgies.
Eléments figurés. — V. Système nerveux.
ELZHOLZ. — V. Delirium tremens.
Empyème. — E... guéri par une seule thoracentèse, par GALLIARD, 687.
Emphysème. — L'E... sous-cutané chez les enfants, par GEORGIEFF, 491.
Empoisonnement. — V. Cocaïne, Champignons.
Endocardite. — E... ulcéreuse blennorrhagique, par LARTIGNAN, 522. — V. Blennorrhagie.
Endopéricardite. — V. Fièvre typhoïde.
Enfance. — Le rétrécissement aortique acquis et l'aortite chronique de l'E..., par BARIE, 479.
Enfant. — De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant, par TISSIER, 26. — De quelques syndromes arthritiques chez les enfants, par COMBY, 88. — Les malformations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant, par GRISEL, 361. — La bronchite chronique simple chez l'E..., par DAGUZAN, 466. — Traitement de l'adénopathie tracheo-bronchique chez l'E..., par COMBY, 488. — Sémiologie de la raie méningitique chez l'E..., par GIGAUT-LAFONT, 652. — Le vomissement avec acétonémie chez les E..., par MARFAN, 777. — V. Albuminurie, Arthritisme, Diarrhée, Dyspepsie, Emphysème, Gale, Opium, Pneumonie, Strabisme, Tuberculose pulmonaire.
Enfoncement. — V. Crâne.
Entéro-cutanée. — Appendicite.
Entérite. — Traitement de l'E... due à l'insuffisance de l'estomac par la gastérine, par FRÉMONT, LE GENDRE, 429.
Entéroptose. — E..., par GLÉNARD, 212, 227, 248.
Enucléation. — V. Fibromes.
Envoloppements. — V. Poumon.
Epanchement. — V. Plèvre.
Epidémie. — V. Horse-Pox, Peste, Rubéole Tétanos.
Epidurales. — V. Injctions.
Epigastre. — La tension intermittente de l'E..., par BOUVERET, 268.
Epilepsie. — E... bravais-jacksonnienne et convulsions généralisées avec hémiplégie droite chez une hérédo-syphilitique de 15 mois. Guérison par les frictions mercurielles, par LE GENDRE, 86. — Les équivalents psychiques de l'E..., par RAYMOND, 209. — Infection et E..., tentative de médication par les toxines microbiennes, par FRADIN, 288. — Valeur séméiologique de l'E... jacksonnienne dans le diagnostic de la lésion cérébrale, par PITRES, CHAMPIONNIÈRE, 738, par LABORDE, DIPULAFOY, 761, par RAYMOND, 782. — Syncopes et maladies du cœur. Pseudo-syncopes et épilepsie, traitement bromuré et non médication cardiaque, mode d'administration du bromure, par HUCHARD, 756. — E... jacksonnienne, par SCHWARTZ, 800. — E... partielle avec hémiplégie gauche, par FERNET, 830. — V. Bromure, Syphilis, Fracture.
Epileptiformes. — V. Pouls.
Epistaxis. — Traitement de l'E... impaludique par le sulfate de quinine, par VERDALLE, 303.
Epithélioma. — V. Joue, Ovaire.
Epreuve. — V. Vésicatoire.
Equivalents psychiques. — V. Epilepsie.
Ergot de seigle. — L'E... en obstétrique, 141.
Ergot. — V. Maïs.
Erysipèle. — L'état du foie dans l'E... et les streptococcies, par ROGER et GARNIER, 363.
Erythemateuse. — V. Lupus.
Esprit de nitre dulcifié. — 327.
Essentielle. — V. Métrite hémorrhagique.
Estomac. — Gastro-entéro-anastomose, par ROUTIER, LAFOURCADE, TUFFIER, HARTMANN, 16. — Résection totale de l'E... suivie de guérison, par BŒCKEL, 47. — Le lavage de l'E .. dans les gastrorragies, par LINOSSIER, 165. — Action de l'eau, du sel, du bouillon, du bicarbonate de soude sur l'E. .. par FRÉMONT, 267. — Influence de l'E... et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, par PRON, 442. — Syphilis de l'E..., dar EINHORN, 461. — V. Entérite, Sang. — Fourchette séjournant depuis 78 jours dans l'E... Gastrotomie, guérison, par TUFFIER, KALLIOUZIS, 784. — Traitement de la stase gastrique avec hypersécrétion par le tube évacuateur sans lavage, suivi d'injection de poudre de viande, par MATHIEU, 798. — Corps étrangers de l'E..., par LE DENTU, 799.
Etat mental. — V. Estomac.
Ether. — Les applications prolongées de compresses d'E... dans la hernie étranglée, par FRESSINGER, GEORGE, 63. — V. Loupes.
Ethérisation. — L'E..., par DURRIEUX.
Etiologie. — V. Fièvre typhoïde.
Eupyrine. — L'E .. 408.
Extirpation. — V. Ganglions, Rotule.
Extrémités. — V. Gangrène.
Expertise. — V. Surdité. — Les E... Médico-Légales, par BROUARDEL, 728, 812.
Exophthalmique. — V. Goître.

F

FABRE. — V. Délire.
Faciale. — V. Névralgie.
FAISANS. — V. Pleurésie.
FAJERSZTAJN. — V. Sciatique.
FARABEUF. — V. Moustiques.
Femme. — F .. enceinte : V. Flore vulvo-vaginale.
Fémorale. — Oblitération spontanée de l'artère F..., par BARTH, 735.
FERENDINOS. — V. Fibromes.
FERNET. — V. Epilepsie, Strychnine.
FERRAND. — Adenolipomatose.
FERRIER. — V. Cœur, Perforation intestinale, Pericardite.
FÉVRIER. — V. Rate.
Fibromateux — V. Grossesse.
Fribromatose. — F... inflammatoire, par DELBET, 480.
Fibromes — Enucléation des F... utérins par voie abdominale, par FERENDINOS, 93. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des F..., par DARTIGUES, 458. — Des interventions chirurgicales dans le cas de dystocie par F..., par BOURSIER, 617. — La suppuration des F... utérins, par GUÉRY, 779.
FIESSINGER. — V. Eaux, Ether, Fièvre typhoïde, Neurasthéniques.
Fièvre aphteuse. — Traitement de la F.... par NOCARD, 221. — Contagion à l'homme de la F..., par THIERRY, 828.
Fièvre typhoïde — Traitement des perforations intestinales au cours de la F..., par LEJARS, LEGUEU, 31 ; par HARTMANN, 47. — Sur la contagion hospitalière de la F.... par TROIZIER, VINCENT, 110. — Les débuts de la F..., par FIESSINGER, 150. — Sero-réaction dans la F..., par COCHEZ, 205. — Traitement des hémorrhagies intestinales de la F... par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium, par MATHIEU, 217. — Complication rare de la F... ; deux cas de cystite hémorrhagique due au bacille d'Eberth, par VINCENT, 236. — Endo-péricardite au cours de la F..., par GUINON, 252. — L'étiologie de la F... au Sénat, par JEAN-JACQUES, 253. Régime diététique dans la F..., par TYSON, 297. — F... infantile à forme exanthématique, par WEILL et LESUEUR, 285. — La mort dans la F..., par FIESSINGER, 324. — Les récidives de la F..., par PROUST, 460. — Traitement de la F... par les lavements froids, par LEMOINE, 542. — F... chez les enfants, pronostic, complications, traitement, par RATIER, 571. — Association de la F. . et de la dysenterie par REMLINGER, 609. Une épidémie de F..., par FIESSINGER, 610. — De quelques symptômes au cours de la F..., par BOMCHIS, MARTIN, GUNY, ARTAUD, 729. — Sérothérapie de la F..., par CHANTEMESSE, 764. — Infection à bacille d'Eberth sans F... décelée par le séro-diagnostic, par BEZANÇON, 799. — Cystite et bacille d'Eberth dans le décours de la F..., par

Digitized by Google

LEVI et LEMIERRE, 880. — Idées mélancoliques de suicide dans un cas de F..., par SOUQUES, 881. — V. Méningite.
FINKELSTEIN. — V. Dyspepsie.
Fissure. — F... sphinctéralgique traitée par les courants de haute fréquence, par DELHERM, 572.
Fistules. — Les F... ano-rectales, prémonitoires de la tuberculose pulmonaire, par BARIÉ, 15, 17. — Traitement des F... à l'anus, par MILHIET, 125. — F... vésico-vaginale, par BAZY, 767. — F... ombilico-vésicale congénitale, par PICQUÉ, IMBERT, 784. — V. Appendicite, Ombilic, Rein.
Flore. — F... vulvo-vaginale, chez la femme enceinte, par BENSIS, 205.
Florion d'or. — Le F..., 760.
FLUGEL. — V. Alimentation.
Fœtus — V. Crâne.
Foie. — De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'abcès du F..., par BOINET, 48. — Ligature et suture du F..., par DELBET, 79. — Kystes hydatiques multiples du F... par SCHWARTZ, 352. — Lésions du F... déterminées par la présence de douves, par BLANCHARD, 509. — Circulation du sang porte dans le F... et localisations lobaires hépatiques par SÉRÉGÉ, 666. — Lymphadénome du F..., par LE GENDRE, 767. — V. Erysipèle.
Fonctions. — F... psychiques : V. Estomac.
FONTAN. — V. Cœur.
Forceps. — De la compression subie par la tête fœtale dans les applications de F..., par DEMELIN, 269.
Formulaire. — F... du praticien, 200.
Formules. — F... à éviter par ANDRÉ, 825.
FORTIN. — V. Rate.
FOSSARD. — V. Kystes.
Fosses nasales. — Diagnostic et traitement des corps étrangers des F.., par COURTADE, 169.
Fougères. — V. Calcaneum.
Fourchette. — V Estomac.
FOURNIER. — V. Anévrysmes, Pelade, Syphilis.
Fractures. — De la réduction des F..., par TUFFIER, 430. — F... ancienne du pariétal droit déterminant à longue échéance des accidents d'épilepsie jacksonienne, par KIRMISSON, 708. — V. Calcaneum, Crâne, Radius.
FRADIN. — V. Epilepsie.
FRAENKEL. — V. Iodoforme.
FRANCIS SPALITTA. — V. Cœur.
FRÉMONT. — V. Entérite, Estomac, Suc gastrique.
FRENKEL. — V. Acides biliaires.
Frictions. — F... mercurielles. — V. Epilepsie.
Frioul. — V. Peste.
FROGÉ. — V. Crâne.
Fruits. — V. HUCHARD.
Fusiformes. — V. Angines.

G

Galactocèle. — Du G. ., par TABAKIAN, 731.
Galactophorite. — V. Sein.
GALAVERDIN. — V. Myocardites.
Gale. — Traitement de la G..., par LALLIS, 280. — La G... chez l'enfant et son traitement, par BALMELLE, 346.
GALETTI. — V. Seborrhée.
GALLIARD. — Empyème. — V. Ostéite, Pneumothorax, Pseudo-rhumatismes.
GALLOIS. — V. Médication.
Ganglions. — Rôle des G... lymphatiques dans le cancer par COURTOIS-SUFFIT, 330. — De l'extirpation des G... tuberculeux, par BROCA, 641, 660, 675. — Résection du G... de Gasser, par DELBET, 767.
Gangrène. — Un cas de G... symétrique des extrémités, par DUFOUR, 708. — G... sénile : V Délire. — G... spontanée : V. Diabétiques.
GAREL. — V. Dermatoses.
GARNIER. — V. Erysipèle, Jusquiaume.
Gasser. — V. Ganglion.
Gastérine — Emploi thérapeutique de la G..., par MATHIEU, SOUPAULT, 446. — V. Entérite.
Gastrite. — G... ulcéreuse blennorrhagique appendiculaire, par GUYOT, CARLES, KIRMISSON, 141
Gastro-anastomose. — V. Estomac.
Gastropathies. — G... d'origine cardiaque par VALENTIN, 555.
Gastrorrhagies. — V. Estomac.
Gastrosuccorhée. — Traitement et pathogénie de la G..., par SOUPAULT, 809.
Gastrotomie. — La G... indications et technique, par MILHIET, 395, — V. Estomac.
GAUBE. — V. Minéralogie, Rhumatisme.
GAUCHER. — V. Actycomycose, Eczéma, Mercure, Purpura, Syphilis, Thorax, Zona.
GAUDU. — V. Zona.
GAULARD. — V. Seins.
GAUTIER. — V. Médication cacodylique, Tuberculose.
Gélatine. — V. Anévrysmes.
Gémellaire. — V. Grossesse.
Génital. — V. Pituitaire.
George. — V. Ether.
GEORGIEFF. — V. Emphysème.
GÉRARD-MARCHAND. — V. Cocaïne.
Gestation. — V. Utérus.
Gibbosité. — V. Mal de Pott.
GIGAUT-LAFONT. — V. Enfant.
Gilbert. — V. Cirrhose, Hémorrhagies, Ictère, Urines.
GILLET. — V. Néphrite, Rougeole, Serumthérapie, Tuberculose pulmonaire.
GILETTA. — V. Mortalité.
GILLOT. — V. Champignons.
GLENARD. — V. Entéroptose, Hépatiques.
Glycérophosphates. — Préparation de G... 600.
Glycosurie. — La G... et le diabète d'origine dyspeptique, par ROBIN, 108.
Glycosuriques. — De l'admissibilité des G... à l'assurance sur la vie, par SIREDEY, 644.
GODSON. — V. Coqueluche.
Goître. — Technique du traitement électrique du G. . exophthalmique, par COURTADE, 501. Du G... cancéreux, par PONCET, 509. — G... exophtalmique chez un garçon de 4 ans et demi, par VARIOT, MARIE, JOFFROY, 830.
Goménol. — V. Coqueluche.
Gomme. — Evolution clinique de la G... cérébrale circonscrite, par HERBER, 316. — V. Sonde, Syphilis.
Gommeuses. — V. Syphilis.
Gonococciques. — V. Abcès, Péritonite.
Gorge. — V. Poumon.
Goutte. — Nature et traitement de la G..., par MOREL-LAVALLÉE, 391. — G... de lait du Havre, par LEFILIATRE, 558. — V. Œil.
Grand Liseron. — V. Soldanelle.
Granulations. — V. Abrine.
GRASSET. — V. Déontologie
GRIMAUD. — V. Hypertrophie.
Grippale. — V. Néphrite.
Grippe. — Polynévrites post-grippales, par BRETON, 68.
GRISEL. — V. Enfant.
Gros intestin. — V. Hernie.
Grossesse. — De la G... dans l'utérus fibromateux, par TURNER, OLIVRY, DELAGENIÈRE. 44. — Etiologie de la G... ectopique, par LARGER, 480. — Hydramnios et G... gémellaire, par BOISSARD, 673. — V. Syphilis.
GUENIOT. — V. Accouchements.
GUERY. — V Fibromes.
GUILLAUMIN. — V. Serum.
GUILLEMIN. — V. Aniline.
GUILLET. — V. Rein mobile.
GUINARD. — V. Rachicocainisation, Rate.
GUINON. — V. Coqueluche, Diphtérie, Fièvre typhoïde, Point de côté.
GUNY. — V. Fièvre typhoïde.
GUSSENBAUER. — V. Blennorrhagie.
GUYENOT. — Chaleur.
GUYOT. — V. Gastrite, Maladies contagieuses.

H

HALLOPEAU. — V. Lèpre, Ozène, Pelade, Vésication, Zona.
HARTMANN. — V. Abdomen, Estomac, Duodenostomie, Fièvre typhoïde, Rate, Sang.
HÉDON. — V. Diabète.
HEIM. — V. Morphine.
Helminthes. — Rôle des H... dans l'appendicite, par MENTCHNIKOFF, 185.
Helminthiase. — V. Appendicite.
Hématémèses. — Les H... dans l'appendicite, par CHARLOT, 284.
Hématogènes. — V. Anémie.
Hémichorée. — De l'H... pré-paralytique, par RAYMOND, 309.
Hémiplégie. — V. Crâne, Epilepsie.
Hémoglobinurie. — H... paroxystique chez un hérédo-syphilitique. Traitement spécifique, disparition des accès, par LE GENDRE, 92.
Hémorrhagies — H... intrapéritonéale. par TUFFIER, 16. — Des injections intra-veineuses de sérum dans les H... puerpérales, par MAYGRIER, 65. — Des H... dans l'ictère acholurique simple, par GILBERT et LEREBOULLET, 205. — H... névropathiques, par SAINTON, 287. — Traitement des H... dans les maladies infectieuses, 823. — H... intestinales — V. Fièvre typhoïde Urémie.
Hémorrhagique. — Colite.
Hémorrhoïdes. — Traitement des H... par le chlorure de zinc, par JULIÉ, 253.
HENRY. — V. Cardiopathies.
HENSCHEN. — V. Anévrysmes.
Hépatiques. — Notes sur les localisations lobaires H..., par GLÉNARD, 301. — V. Purpura.
Hépatisme. — Traitement de l'H... paludéen, par LEMANSKI, 168.
HERARD DE BESSÉ. — V. Cancer, Sanatorium.
HERBET. — V. Gomme cérébrale, Sympathique.
Hérédo-syphilitique. — V. Epilepsie, Hémoglobinurie.
Hernie. — Cure radicale des H... du gros intestin, par SCHWARTZ, 178. — H... vésicale sus-pubienne, par TEDENAT, 228. — La H... cérébrale au cours et à la suite de la trépanation, par CABOCHE, 507. — H... inguino interstitielle, par MATHEVET, 589.
Héroïne. — Application de l'H... dans les troubles de la circulation, par PAWINKI et ADELT, 285.
HERVIEU. — V. Horse-pox, Variole, Variolisation.
Hétéroplastie — V. Œil.
HINSLWOOD. — V. Céphalée.
HIRTZ. — V. Paralysie faciale, Périnéphrétique. Phlébite.
HIVET. — V. Utérus.
HŒLDMOSER. — V. Anévrysme.
Homo-sanatorium. — V. Sanatorium.
Horse-pox. — Une épidémie de H..., par HERVIEU, MOREAU, 350.
Hospitalière. — V. Fièvre typhoïde, Réformes.
HUCHARD. — L'anesthésie chloroformique chez les cardiaques. Narcisse des prés et Cereus (ou Cactus Grandiflora). Digitale et rétrécissement mitral. Cures de fruits et de petit lait. Uricémie et théobromine lithinée, par HUCHARD, 724. — V. Actualité, Anévrysmes, Anorexie, Cervelet, Cœur, Clientèle, Coliques hépatiques, Dyspnée, Epilepsie, Hypertension, Iodure, Lécithine, Loi, Syphilis, Tetranitrate d'erythrol.
Huile de cade. — V. Séborrhée.
Huile de Chaulmoogra. — V. Lèpre.
Huile grise. — Formule de l'H..., par BROUSSE 600.
Hydramnios. — V. Grossesse.
Hydrargyre. — L'oxycyanure d'H... en thérapeutique, par DEGUY, 396.
Hydrastis canadensis. — Pharmacologie et indications thérapeutiques de l'H..., par TOURNIER, 292.

Digitized by Google

Hydrocèle. — Pathogénie de l'H... chronique, par PEYROT, 109.
Hydro-minéral. — V. Tension capillaire.
Hygiène — V. Bouche, Cœur, Dents. — H... publique, 604, 654.
Hyperleucocytose. — V. Foie.
Hypertension. — Les trois H..., par HUCHARD, 385.
Hypertrophie. — H .. partielle congénitale du corps avec nœvus, par GRIMAUD, 796. — V. Prostate.
Hypertrophique. — V Cirrhose.
Hypogastrique. — V. Ponction.
Hysterectomie. — De l'H... totale dans la septicémie puerpérale, par RICARD, SEGOND, TUFFIER, 205; par MONZIE, 223. — H.. post-césarienne pour rétrécissement du vagin, par LEVÊQUE, 393. — V. Dystocie, Infection, Septicémie puerpérale.
Hystérique. — V. Phtisie.

I

Ictère. — De l'I... acholurique simple, par GILBERT et LEREBOULLET, 350. — Des complications rénales de l'I... acholurique simple, par GILBERT et LEREBOULLET, 429. — V. Cœur, Hémorragies, Urines.
Icthyol. — V. Lèpre.
Idées. — J... mélancoliques : V. Fièvre typhoïde.
IMBERT. — V. Crâne, Fistule.
Impaludique. — V. Epistaxis.
Infantile. — V. Mortalité, Scorbut.
Infantilisme. — Traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'I..., par AUSSET, 622. — V. Thyroïde.
Infection — Traitement de l'I... puerpérale, par BUDIN, 451. — Les I... ombilicales chez le nouveau-né, par BOUVIER, 747. V. Epilepsie. — De l'hystérectomie abdominale dans l'I... puerpérale, par ROCHARD, 174. I... éberthienne à localisation cholécystique tardive, par LE GENDRE, 830. — V. Utérus, Fièvre typhoïde.
Inflammatoire. — V. Fibromatose.
Inhalations. — V. Coqueluche.
Inhibition. — V. Mort.
Injections. — I... lombaires. V. Cocaïne. — I... intra-rachidiennes. V. Cocaïne. — I... rachidiennes épidurales par ponction du canal sacré, par CATHELIN, 529. — V. Hémorragie.
Innervation. — V. Troubles.
Insensibilisation. — V. Cocaïne.
Insuffisance. — I... aortique chez un syphilitique, par LAUNOIS, 365.
Insufflation. — I... d'air. V. Oreille.
Interauriculaire. — V. Cœur.
Intermittente. — V. Albuminurie.
Interstitielle. — V. Myocardite.
Intestin. — Traitement chirurgical de la perforation de l'I... et de ses annexes, par MAUGER, 60. — Occlusion intestinale par cancer de l'I..., par QUENU, 270. — Occlusion par torsion de l'I..., par BROCA, LEJARS, 366. — Sur un cas de pincement crural de l'I... grêle sans autre signe que l'irréductibilité, par SCHWARTZ, 481. — Corps étranger de l'I..., par MERIEL, 799. — V Ovaire.
Intestinale. — V. Fièvre typhoïde, Lithiase.
Intoxication. — I... par les sardines à l'huile, par BAUDOIN, 797. — V. Aniline, Avortement, Saturnine.
Intra-péritonéale. — V. Hémorragie.
Intra-arachnoïdienne. — V. Sciatique.
Intra-rachidienne. — V. Cocaïne.
Inunctions. — V. Syphilis.
Inversion. — V. Utérus.
Iodoforme. — Action de l'I... et de ses succédanés, par FRENKEL, 41.
Iodure. — I... de sodium et I... de potassium, par HUCHARD, 517.
Irradiations. — V. Angine de poitrine.
Irréductibilité. — V. Intestin.
Irritation. — V. Néoplasme.
ISACONOS. — V. Cynoglosse.

J

Jacksonnienne. — V. Epilepsie.
JACOBŒUS. — V. Médicaments.
JANOWSKY. — V. Magnésie.
JANSEN. — V. Cautérisation.
JEAN. — V. Testicule.
JEAN-JACQUES — V. Fièvre typhoïde.
JODIN. — V. Rectum.
JOFFROY. — V. Goître exophtalmique.
JOSIAS. — V. Poumon, Tétanos, Tuberculose pulmonaire.
JOSUÉ. — V. Vésicatoire.
Joue. — De l'épithélioma de la face interne de la joue, par TELTCHAROFF, 170. — V. Actinomycose.
JOULIE. — V. Acide phosphorique
JUDET. — V. Péritonisation.
JULIÉ. — V. Hémorrhoïdes.
Jusquiame. — La J... et ses alcaloïdes dans la thérapeutiques des maladies nerveuses, par GARNIER et COLOLIAN, 811.
JUVARA. — V. Kystes hydatiques.

K

KAHN. — V. Trompe.
KALLIONZIS. — V. Estomac.
KASANDJIEFF. — V. Syphilis.
KAUFMANN. — V. Angine de poitrine.
KELSCH. — V. Appendicite, Cardiopathies.
KELLY. — V. Cœur.
Kératites. — Comment faut-il traiter les K..., par TERRIEN, 465.
KLIEWSKI, — V. Cocaïne.
KIRMISSON. — V. Fracture, Gastrite, Rachicocaïnisation.
KLIPPEL. — V. Angine de poitrine.
KRETZ. — V. Appendicite.
KRIKORTZ. — V. Massage, Œdèmes.
Kystes. — K... hydatiques : V. Dystocie, Foie, Poumon, Rate. — K... hydatiques de la région massétérine gauche, par JUVARA, 448. — Rupture des K... de l'ovaire, par FOSSARD, 554.

L

LABBÉ. — V. Adenolipomatose, Blennorrhagie, Cardiopathie, Méningite, Névralgie, Pouls.
LABORDE. — V. Cocaïne, Epilepsie, Helminthiase.
Ladrerie. — L... généralisée, par MARIE, 750.
LAFOURCADE. — V. Estomac.
LAGRANGE. — V. Œil.
LAIGNEL-LAVASTINE. — V. Méningite.
Lait. — La suralimentation par le L..., par MARFAN, 298.
LALLIS. — V. Gale.
LANCEREAUX. — V. Anévrysmes, Lecithine, Purpura, Tuberculose.
LANDRIEUX. — V. Serum.
LANGENHAGEN. — V. Lithiase.
Langue. — La L... noire pileuse, par LUCET, 730.
Laparotomie. — V. Péritonisation.
LAPEYRE. — V. Mercure.
LARGER. — V. Gro-sesse.
LARTIGUES. — V. Endocardite.
Laryngite. — Traitement de la L... aiguë, 328. — L... phlegmoneuse, par MÉNÉTRIER, 480.
Larynx. — Trois corps étrangers du L..., par PEYROT, 303.
LAUNOIS. — V. Insuffisance aortique, Tumeurs.
LAURENT. — V. Aniline.
Lavage. — V. Estomac. — L... aseptique : V. Linge. — V. Otorrhée.
Lavements. — V. Fièvre typhoïde.
LAVERAN. — V. Moustiques.
LAZARET. — V. Peste.
Lécithine. — Jaune d'œuf et L ..., par SAINT-AUBIN, 394. — Emploi thérapeutique de la L..., par LANCEREAUX, 414. — L'emploi thérapeutique de la L..., par HUCHARD, 439.
LECUREIL. — V. Appendicite.
LE DENTU. — V. Estomac, Ovaire.
LEFILIATRE. — V. Goutte de lait.
LE GENDRE. — V. Anévrysme, Céphalée, Diphtérie, Entérite, Epilepsie, Foie, Hémoglobinurie, Infection, Réformes.
LEGRAND. — V. Variole.
LEGROS. — V. Sérum.
LEGUEU. — V. Fièvre typhoïde, Rachicocaïnisation.
LEISTIKOW. — V. Zona.
LEJARS. — V. Fièvre typhoïde, Intestin, Ostéomes, Pharynx. Rachi-cocaïnisation.
LEMANSKI. — V. Hépatisme.
LEMIERRE. — V. Fièvre typhoïde.
LEMOINE. — V. Fièvre typhoïde.
LE NOIR. — V. Albuminurie.
Lent. — V. Pouls.
Lèpre. — Traitement de la L... par l'injection sous-cutanée d'huile de chaulmoogra, par Dr CASTEL, HALLOPEAU, 172. — Traitement de la L... par l'icthyol, par de BRUN, 286.
LEREBOULLET. — V. Hémorragies, Ictère, Urines.
LEREDDE. — V. Lupus, Prurit.
LERMOYEZ. — V. Eczéma, Otite, Tympan.
LERICHE. — V. Sanatorium.
LEROUX. — V. Coqueluche.
LESIEUR. — V. Blennorrhagie.
Lésions. — V. Appendice, Foie, Oreille. — L... suppuratives. V. Rein. — L... tuberculeuses. V. Pleurésie.
LESSER. — V. Blennorragie.
LETOUX. — V. Tétanos.
LETULLE. — V. Pneumothorax.
Leucémie. — L... myélogène, par TRIBOULET, 366.
Leucoplasie. — Traitement de la L... buccale, par COMBALAT, 370.
LEULLIER. — V. Eczémal.
LÉVÊQUE. — V. Hystérectomie.
LEVI. — V. Fièvre typhoïde.
Levure de bière. — V. Diabète.
Lichen pilaire. — Traitement du L.... par SAALFELT, 408.
LIEGEOIS. — V. Arnica, Bronchites, Cascarille, Céphalalgie, Cupriques, Cuprothérapie, Chlorose, Hémorragie, Pilules, Safran.
Ligature. — V. Foie,
Lipomes. — L... congénitaux ostéo-périostiques, 380.
Linge. — Lavage aseptique du L..., par DELORME, 269.
LINOSSIER. — V. Estomac, Lithiase biliaire.
Lithiase biliaire. — Quelques remarques sur la pathogénie de la L..., microbe et terrain, par LINOSSIER, 116. — Indications du traitement chirurgical de la L..., par SCHWARTZ, 170. — Un cas de névralgie hépatique simulant la L..., par MICHAILOFF. 651. — Pseudo-lithiase intestinale d'origine médicamenteuse, par LANGENGEN, 279.
Lobaires. — V. Hépatiques.
Lobe frontal. — V. Syphilis.
LOBLIGEOIS. — V. Diazo-réaction.
Localisation. — V. Projectiles. — L... cérébrales. V. Syphilis.
LOEB. — V. Blennorragie.
Loi. — Loi et bon sens, par HUCHARD, 768.
LOISON. — V. Balle, Rate.
Lombaires. — V. Cocainisation.
LONDE. — V. Urémie.
Loupes. — Traitement des L... par les injections interstitielles d'éther, par SERGENT. 58.
LUCET. — V. Langue.
Lumbago. — V. Cocaïne.
Lupus. — La cure photothérapique du L...

Digitized by Google

érythémateux, par LEREDDE, 78. — Traitement du L... par les caustiques et les injections de substances modificatrices, par DARBOIS, 397. — Divers traitements du L... vulgaire, par DARBOIS, 557.
Luxations. — V. Astragale.
Lymphadenome. — V. Foie.
Lymphangite. — V. Sein.

M

Magnésie. — L'eau de M... effervescente, par JANOWSKI, 285. — V. Cacodylate.
Mains. — V. Asepsie.
Maïs. — L'ergot de M..., par MARCHI, 654.
Maladie. — M... de cœur dans l'artériosclérose, 559. — La suppression du mouchoir de linge pour la prophylaxie des M..., par GUYOT, 695. — M... infectieuses : V. Cœur, Hémorrhagie, Troubles. — M... nerveuses : V. jusquiame.
Malarique. — V. Névralgie
Malformations. — V. Cœur, Enfant.
Mal de Pott. — Traitement du M... avec gibbosité, par MÉNARD, 347.
Manifestations. — V. Dothiénentérie. — M... nerveuses. V. Scarlatine.
MARCHANDÉ. — V. Bouche.
MARCHI. — V. Mais.
MARFAN. — V. Enfants, Lait.
MARIE.— V. Céphalée, Cocaine, Goître, Ladrerie, Morsure, Sciatique.
MARTIN. — V. Fièvre thyphoide.
Massage. — M... abdominal, ses indications dans les dyspepsies gastro-intestinales, par CAUTRU, 305. — Le M..., par KRIKORTZ, 579. — V. Rein mobile.
Mastication — V. Suc gastrique.
Mastoïdite. — V. Otite.
MATHÉ. — V. Diphtérie.
MATHEVET. — V. Hernie.
MATHIEU — V. Aérophagie, Chloroforme, Estomac, Fièvre thyphoïde, Gastérine.
MAUCLAIRE. — V. Suppurations.
MAUGER. — V. Intestin, Ovarite.
Maxillaire inférieur. — V. Angine de poitrine.
MAYGRIER. — V. Sein, Hémorragies.
Médication. — La M... cacodylique, par GAUTHIER, 462. — De la M... cacodylique, par GALLOIS, 716. — M... cacodylique : V. Tuberculose, Epilepsie. — Influence de la M... alcaline sur les variations de quelques échanges, par DALCHÉ et CARTERET, 793.
Médicamenteuse. — V. Lithiase.
Médicaments. — Les M... antithermiques, par JACOBEUS, 11. — V. Anémie.
Médico-légales. — V. Expertises.
Médullaires. — V. Accouchements.
Mélancolie. — V. Neurasthénie.
Membranes. — V. Accouchements.
Membres.—V. Diabétiques. — M... supérieur : V. Suppuration.
MÉNARD. — V Mal de Pott.
MÉNÉTRIER. — V. Laryngite.
Méningées. — V. Dothiénenterie.
Méningite. — M... purulente à bacille d'Eberth au cours d'une fièvre typhoide, par LAIGNEL-LAVASTINE, 47. — Les suites éloignées des M... cérébro-spinales aiguës, par CHAUFFARD, 222 ; par ANTONY, NETTER, LABBÉ, CASTAIGNE, 270. — Un cas de M... cérébro-spinale aiguë, par DEBOVE, 274. — M... cérébro-spinale ambulatoire curable, par SICARD, 287. — M... suppurée consécutive à une otite aiguë, par PICQUÉ, 672.
Menorrhagies — Traitement des M..., 665.
MERCIER. — V Cancer.
Mercure.— Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de M..., par LAPEYRE, 729. — V. Cœur. — Formule nouvelle de solution injectable de benzoate de M..., par GAUCHER, 798.
Mère. — V. Albuminurie, Seins.
MERIEL. — V. Intestin.
MERKLEN. — V. Asthme, Cervelet, Cœur, Goutte, Tachycardie.
Métaux. — V. Anémie.
Métavanadate. — V. Soude.
METCHNIKOFF. — V. Helminthes.
Méthode. — M... de Bottini : V. Prostate.
Métrite. — La M... hémorragique dite essentielle, par DANTHEZ, 317. — M... puerpérale, par TUFFIER, 192.
MENIER. — V. Omphalocèle.
MICHAILOFF. — V. Lithiase biliaire.
Microbe. — V. Lithiase biliaire.
MIGNON. — V. Plaie.
MILHIET. — V. Anus, Cocaïne, Fistules, Gastrostomie, Ménorrhagie.
MILLARD. — V. Cocaine.
Minérale. — V. Nouveau-né.
Minéralogie. — M... biologique. Applications thérapeutiques, par GAUBE, 145, 596.
MIRANDE. — V. Apdendicite
Mitral. — Dilation physiologique et sphincter M... — Leur rôle dans les troubles cardiaques fonctionnels et organiques, par MORTON-PRICE, 877.
Modifications. — M... respiratoires. : V. Cœur
Moelle. — Plaie de la M... par arme à feu, par WALTHER, 799. — Des plaies de la M..., par DELBET, 831. — V. Cocaine.
Moignons. — V. Ossification.
MOINEAU. — V. Rein.
MOLLARD. — V. Choc.
MONOD. — V. Peste, Système nerveux.
MOOR. — V. Opium.
MOREAU. — V. Eau oxygénée, Horse-pox
MOREL-LAVALLE. — V. Goutte.
MORESTIN. — V. Abdomen, Artère axillaire, Coxalgie, Pharynx.
Morphine. — Désintoxication du cyanure par la M... et de la M... par le permanganate, par HEIM, 202.
Morsure. — Conduite à tenir en cas de M... par un chien enragé, par MARIE, 424.
Mort. — La mort subite par inhibition, par POIRAULT, 105. — M... subite par le rein, par CASTILLE, 378.
Mortalité.— M... générale d'après la statistique du ministère de l'intérieur, par BROUARDEL, 604. — De la M.. infantile, par BUDIN, BALESTRE, GILETTA, 414.
MORTON-PRICE. — V. Mitral.
MOSSÉ. — V. Diabète.
MORTUREUX — V. Rate.
Mouchoir. — V. Maladies.
MOUREYRE. — V. Scarlatine.
MOURRE. — V. Purpura.
Moustiques. — Les M... à Paris, par DEBOVE, LAVERAN, 253 ; par FARABEUF, 269; par BLANCHARD, 526.
MOUZIE. — V. Hystérectomie.
Muqueuse. — V. Colite.
Musique — De l'influence des sensations musicales dans l'anesthésie opératoire, par DROSNE, 334.
Myélite. — V. Blennorrhagie, Syphilis.
Myélogène — V Leucémie.
Myocardite. — Nodosités rhumatismales périostiques et tendineuses avec M... interstitielle, par WEILL et GALAVERDIN, 269.
Myopathies. — M... atrophiques, traitement par le thymus, 608.

N

Narcisses des prés. — V. HUCHARD.
Nasales. — V. Sinusites.
NATIER. — V. Otorrhée.
NÉLATON. — V. Calcaneum, Rachicocainisation.
Néoplasme. — Sur les N... par irritation, par POTBERAT, 495.
Néphrite. — N... tubéreuse, Crises épileptiques, Cécité, Mort, Autopsie, par CHAUFFARD, 81. — De l'intervention chirurgicale dans les N... infectieuses aiguës et dans les N... chroniques, par POUSSON, 416. — N... grippale chez les enfants, par SOUMARIPAS, GILLET, 795. — V. Syphilis.
Nerf. — N... vague : V. Anévrysme.
Nerveuse. — V. Suture.
NETTER. — V. Méningite.
Nettoyage. — V. Utérus.
Neurasthénie. — Principes de traitement de la N..., par Maurice de FLEURY, 417. — La psychothérapie dans le traitement de la N..., par de FLEURY, 488. — Origine toxique de la N... et de la mélancolie, par ALLEN-STARR, 506.
Neurasthéniques. — Les stations pour N... Saint-Claude (Jura), par FIESSINGER, 94. — Indications thérapeutiques fournies par l'état de l'appareil circulatoire chez les N..., par de FLEURY, 217.
Névralgie. — N.. faciale malarique, par M. LABBÉ, 90. — Traitement de la N... faciale bénigne, par PLICQUE, 541. — Traitement électrique des N... et en particulier de celle du trijumeau, par BORDIER, 753. V. Anévrysmes. — N... hépatique. V. Lithiase biliaire
Nevrite — N... et thrombose paludéennes, par CHAUVEL, 334.
Névropathiques. — V. Hémorrhagie, Œdèmes, Purpura.
Nez. — V. Poumon.
NOCARD. — V. Fièvre aphteuse.
Nodosités. — Les N... sous-cutanées rhumatismales chez les adultes, par STANDGAARD, 105. — V. Myocardite.
Nœvus. — V. Hypertrophie.
NOTHNAGEL. — V. Péritonites.
Nourrissons. — L'anémie des N... dyspeptiques, par COMBY, 411. — V. Diphtérie.
Nouveau-né. — De l'occlusion intestinale chez le N..., par ECOFFET, 61. — Composition minérale de l'organisme de l'enfant N..., par HUGOUNENQ, 253. — V. Infections, Omphalocèle, Ophtalmie, Variole.
Nuque. — V. Cervelet.

O

Oblitération. — V. Fémorale.
Obstétrique. — V. Anesthésie, Ergot de seigle.
Occlusion. — V. Intestin, Nouveau-né, Rectum.
Oculaire. — V. Céphalée, Diabète.
ODDO. — V. Chorée de Sydenham.
Œdèmes. — Les Œ... circonscrits névropathiques ou rhumatismaux, par KRIKORTZ, 89. — V. Accouchement.
Œsophage. — Corps étrangers de l'Œ..., par SÉBILEAU, 736.
Œsophagisme. — Traitement électrique de l'Œ..., par BORDIER, 177.
Œufs. — Le sirop d'œufs, 345. — V. Lécithine.
Œil. — Accidents primitifs sur l'Œ... de la goutte ou du rhumatisme, par TROUSSEAU, 35. — Hétéroplastie orbitaire par greffe d'un Œ... de lapin dans la capsule de Tenon, par LAGRANGE, 135. — Les agents de la thérapeutique oculaire, par TROUSSEAU, 545.
OLIVRY. — V. Grossesse.
Ombilic — Du cancer de l'O... par BESSON, 524. — Fistule diverticulaire de l'O.... par KIRMISSON, 528. — V. Ascite.
Ombilicales — V. Infections.
Ombilico-vésicale. V. Fistule.
Omphalocèle. — De l'O... congénitale des nouveau-nés, par MEUNIER, 670.
Opération. — V. Cataracte, Trompe. O... Césarienne : V. Dystocie.
Opium. — Le permanganate de potassium antidote de l'O..., par MOOR, 41. — La toxicité de l'O... chez les enfants, par POUCHET, 13.
Ophthalmie. — De la prophylaxie de l'O... des nouveau-nés, par PINARD, 478.
Orbitaire. — V. Œil.

Digitized by Google

Oreille. — Principes généraux du traitement des suppurations chroniques de l'O..., par BOULAY, 98. — Traitement de l'otite moyenne aiguë commençante par les insufflations d'air, par COURTADE, 221. — Influence de la parturition sur l'évolution des maladies de l'O..., par BAYCE, 237. — Des lésions de l'O... produites par l'air comprimé, par COURTADE, 425. — V. Eczéma.
Oreillette. — Dilatation de l'O... droite appréciée par la percussion thoracique en arrière, par TISSIER, 204.
Organisme. — V. Nouveau-né.
Orthostatique. — V. Albuminurie.
Ossification. — De l'O... des moignons d'amputation, 524.
Ostéite. — O... déformante de Paget, par GALLIARD, 494. — V. Otite.
Ostéomes. — O... pre-coxaux, par LEJARS, 480.
Ostéopathies. — Les O... blennorrhagiques, par PHILIPPET, 650.
Otite. — Quand faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les O. aiguës, par LERMOYEZ, 76. — Ostéite mastoïdienne circonscrite consécutive à une O... moyenne, par PICQUÉ, TOUBERT, 783. — V. Méningite. — O... moyenne. — V. Oreille.
Otorrhée. — Lavages et pansements secs dans le traitement de l'O... simple, par NATIER, 585, 612.
Ourlienne. — Paralysie faciale.
Oui. — V. Utérus.
OUVRIER. — V. Utérus.
Ovaire. — Epithélioma de l'O... consécutif à un épithélioma de l'intestin, par LE DENTU, 415. — Dystrophie ovarienne. — Syndrome basdowiforme. — Pseudo-myxœdème, par DALCHÉ, 767.
Ovarite. — L'O... suppurée, par MAUGER, 508.
Oxycyanure. — V. Hydrargyre.
Oxyures. — Traitement des O..., par DEGUY, 124.
Ozène. — Traitement de l'O..., par HALLOPEAU, 671.

P

PAGET. — V. Ostéite.
PAINBLANC. — V. Abrine.
Paludéen — V. Hépatisme, Névrite.
Pancréatique. — V. Diabète.
Pansements. — V. Otorrhée.
Paracentèse. — V. Tympan.
Paraldéhyde. — La P..., par RAPITEAU, 519.
Paralysie. — P... faciale d'origine dentaire, par RODIER, 361. — P... faciale double probablement d'origine ourlienne, par HIRTZ, 783. — P... faciale : V. Crâne, Zona. — P... du nerf récurrent gauche dans un cas de persistance du canal artériel, par SCHROETTER, 570. — La P... associée de la 6e et 7e paires, par TROITSKY, 667. — P... diphtérique avec présence du bacille dans le bulbe, par BARBIER, 799. — V. Récurrent, Vessie.
Pariétal. — V. Fracture.
Paroxystique. — V. Hémoglobinurie.
Parturition. — V. Oreille.
PASCAULT. — V. Arthritisme.
PASTEAU. — V. Coqueluche.
PAULI. — V. Angine de poitrine.
PAWINSKI. — V. Héroïne, Troubles.
Peau. — V. Sanatorium.
Percussion. — V. Oreillette.
PÉDEPRADE. — V. Cocaïne.
PÉGURIER. — V. Sanatorium.
Pelade. — P... ou pseudo-pelade des sujets syphilitiques, par FOURNIER, 33. — De la contagiosité de la P..., par HALLOPEAU, DUCASTEL, 477.
PÉREIRE. — V. Antipyrine.
Perforation. — Du diagnostic de la P... intestinale typhoïdique au point de vue de l'intervention chirurgicale, par FÉVRIER, 142. V. Fièvre typhoïde, Intestin.
Péricardite. — Traitement de la P... purulente par l'incision du péricarde, par PORTER, 106. — P... tuberculeuse, par RENDU, 222. P... aiguë d'origine brightique, par FERRIER et DOPTER, 783. — Traitement des P..., par DEGUY, 820.
Périnéphrétique. — Double phlegmon P..., par HIRTZ, 430.
Périostiques. — V. Myocardite.
Péritonisation. — La P... dans les laparotomies, par QUENU et JUDET, 299.
Péritonite. — P... gonococcique des petites filles, par COMBY, 365. — P... idiopathiques primitives, par NOTHNAGEL, 540.
Périthyphlite. — Traitement médical de la P... par BOURGET, 329.
Permanganate. — V. Morphine, Opium.
PERRIER. — V. Alimentation.
Persodine. — Persulfates alcalins et P..., par RIGOT, 266.
Persulfate. — V. Soude. — P... alcalins : V. Persodine.
Peste. — Note sur l'épidémie de P... à Beyrouth, par DE BRUN, 78. — La P... en 1900, par PROUST, 221. — La P... d'Alexandrie en 1899, par VALASSOPOULO, 248. — La P... à bord du Sénégal. Une quarantaine au Frioul, par BUCQUOY, 719 ; par PROUST, DEBOVE, 734 ; par MONOD, COLLIN, 749.
Petites filles. — V. Péritonite.
Petit lait. — Le P..., 250.
PETREN. — V. Tuberculose.
PÉTROPOULOS. — V. Tuberculose.
PEYROT. — V. Hydrocèle, Larynx.
Pharynx. — Rétrécissement du P..., par LEJARS, MORESTIN, 767.
Phénate. — P... de cacaïne, 555.
Phénomènes. — P... morbides : V. Dyspepsie.
PHILIPPET. — V. Ostéopathies.
Phlébite. — P... oblitérante d'une grosse veine sushépatique, par RENDU, 382. — Traitement des P..., par HIRTZ, 497.
Phlegmon. — V. Périphrétique.
Phlegmonneuse. — V. Laryngite.
Phonendoscopie. — V. Rate.
Photothérapie. — V. Lupus.
Phtisie. — Fausse P... de nature hystérique, par RENON, SOLLIER, 750.
PIATOT. — Cœur.
PICQUÉ. — V. Fistule, Méningite, Otite. Septicémie puerpérale.
PIGNOT. — V. Teignes.
Pilules. — P... de sublimé, 558. — P... de Fuller, par LIÉGEOIS, 569. — P... balsamiques : V. Liégeois.
Pileuse. — V. Langue.
Pincement. — V. Intestin.
PITRES. — V. Epilepsie.
Pituitaire. — Relations entre la P... et l'appareil génital, 731.
Plaie. — P... du ventricule droit, par MIGNON et SIEUR, 288. — V. Abdomen, Artère axillaire, Cœur, Moelle, Utérus.
PLATEY. — V. Tachycardie.
Pleurésie. — P... putride d'origine biliaire, par BARTH, 334. — P... purulente pendant près de 40 ans, par FAISANS, 415. — P... chez les vieillards, par RIURCANO, 681. — Influence de la P... intercurrente sur l'évolution des lésions tuberculeuses pulmonaires, par CISTERNES, 682. — V. Plèvre, Tuberculose.
Pleurotomie. — V. Pneumothorax.
Pleuro-typhus. — V. Plèvre.
Plèvre. — Doit-on ponctionner un épanchement pleural chez un cardiaque artériel ou valvulaire, par DEGUY, 123. — Le Pleurotyphus et les P... typhiques, par REMLINGER, 129. — V. Poumon.
PLICQUE. — V. Névralgie faciale.
Pneumococcie. — Abcès pneumococciques du cerveau, par BOINET, 378.
Pneumonie. — La radiographie dans le diagnostic de la P... chez l'enfant, par VARIOT, 62. — La P... traumatique, par ROSINA, 92. — Traitement de la P... par le sérum antidiphtérique, par TALAMON, 156. — V. Anévrysme, Zona.
Pneumothorax. — P... suffocant guéri par la pleurotomie, par GALLIARD, 62. — P... par bronchectasie, par LETULLE, 480. — P... et vomique séreuse au cours d'une thoracentèse chez une enfant, par VARIOT, 687.
Point de côté. — Le P... abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës et les erreurs de diagnostic qu'il peut causer, par GUINON, 220.
POIRAULT. — V. Mort.
POIRIER. — V. Appendicite, Crâne, Rachicocaïnisation, Suture.
Polynévrites. — Les P... blennorrhagiques, par ADELINE, 460. — V. Coqueluche, Grippe.
Polynucléaire. — V. Foie.
Pomme de terre. — V. Diabète.
PONCET. — V. Goître. Rhumatisme.
Ponction. — La P... hypogastrique, 140. — P... lombaire : V. Céphalée, Crâne.
PORAK. — V. Anesthésie.
PORTES. — V. Tuberculeux.
PORTER. — V. Péricardites.
POTAIN. — P..., 32.
Potassium. — V. Iodure, Opium.
POTHERAT. — V. Néoplasme.
POUCHET. — V. Antimoine, Opium.
Poudre de viande. — V. Estomac.
POULOPOULOS. — V. Cynoglosse.
Pouls. — P... lent permanent, crises apoplectiformes, épileptiformes et syncopales, par M. LABBÉ, 495. — Traitement du P... lent permanent, par DEGUY, 629. — P... lent post-diphtérique, par BARBIER, 798. — Le P... dans la convalescence, par TROISIER, 815. — P... bigéminé : V. Cœur. — P... lent permanent : V. Cardiopathie.
Poumon. — Les enveloppements humides permanents du thorax dans le traitement des affections aiguës du P..., par CARNUS, 107. — Kystes hydatiques du P... et de la Plèvre, par JOSIAS, 819. — Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez et de la gorge, par RENDU, 446. — V. Balle.
POUSSON. — V. Néphrites.
Pré-coxaux. — V. Ostéomes.
Pré-paralytique. — V. Hémichorée.
Préparations. — V. Cupriques.
Prépuce. — V. Abcès.
Préventive. — V. Diphtérie.
Prisonniers. — V. Alimentation.
Projectiles. — Méthode de localisation des P..., par CONTREMOULIN, 671.
PRON. — V. Estomac.
Prophylaxie. — V. Tuberculose.
Prostate. — Traitement de l'hypertrophie de la P... par la prostatectomie, par ROUX, 334. — Traitement de l'hyperthrophie de la P... par la méthode de Bottini, par DESNOS, 410. — Des calculs de la P..., par TARNAUD, 670.
Prostatectomie. — Trois cas de P..., par TUFFIER, ADENOT, 704.
Prostatiques. — Du choix des sondes et de quelques difficultés du cathétérisme chez les P..., par BANZET, 195.
PROUFF. — V. Rachicocaïnisation.
PROUST. — V. Fièvre typhoïde, Peste.
Prudhomme. — V. Crâne.
Prurit. — Traitement du P... vulvaire, par ROBIN et DALCHÉ, 360. — Traitement du P... sénile, 640. — Traitement du P... anal et vulvaire par les courants de haute fréquence, par LEREDDE, 780.
Pseudo-gastralgique. — V. Coliques hépatiques.
Pseudo-myxœdème. — V. Ovaire.
Pseudo-pelade. — V. Pelade.
Pseudo-rhumatisme. — P... tuberculeux, par GALLIARD, 735.
Pseudo-tuberculose. — V. Aspergillose.
Psychopathie. — Les P... puerpérales, par BRETOUVILLE, 427.
Psychothérapie. — V. Neurasthénie.

Digitized by Google

Puerpérales. — V. Hémorrhagies, Psychopathies.
Puits. — Les P... causes de souillures et désinfection, 163.
Pupillaire. — V. Anévrysme.
Purpura. — P... névropathique, par LANGEREAUX, 15. — Le P... chronique de l'angiosclérose, par GAUCHER, 302. — Le P... dit hématique, par MOURRE, 363.
Purulente. — V. Méningite, Pleurésie.
Pylore. — Rétrécissement du P... sans rétention alimentaire, par SOUPAULT, 479.
Pyodermite. — De l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement de P..., par COCHART, 236.
Pyopneumothorax. — P... de nécessité, par RUAIS, 377.
Pyramidon. — P... et ses usages, par DEGUY, 182, 600.

Q

QUENU. — V. Corps étrangers, Intestin, Suture, Péritonisation.
QUELMÉ. — V. Tuberculose.
Quinine. — Formule d'administration de la quinine, 712. — V. Tumeurs malignes

R

Rachi-cocaïnisation. — De la R..., par LEJARS, POIRIER, LEGUEU, 367 ; par TUFFIER, 382. — R... suivie de mort, par BROCA, PROUFF, NELATON, CHAPUT, GUINARD, WALTHER, SEGOND, 468. — Deux cas de mort immédiate par R..., par LEGUEU, KIRMISSON, 751.
Rachidienne. — V. Cocaïnisation.
Racine — V. Echinacea angustifolia.
Rachitique. — V. Enfant.
Rachitisme. — Traitement du R...., par BERNARD, 710.
Radioscopie. — V. Pneumonie.
Radius. — De la réduction sanglante dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du R..., par DELANGLADE, 416.
RADZIKOWSKI. — V. Sciatique.
Rage. — V. Vaccination.
Raie méningitique. — V. Enfant.
Raisins. — Les R... en urothérapie, par CARLES, 301.
RASTOUIL. — V. Appendicite.
Rate. — Rupture traumatique de la R..., par LOISON, 79 ; par HARTMANN, 192 ; par GUINARD, 448. — La phonendoscopie de la R.., par FORTIN, 317. — Des kystes hydatiques de la R..., par MORTUREUX, 652. — Chirurgie de la R..., par FÉVRIER, 683. — Abcès de la R..., par FÉVRIER, 716. — Traitement des kystes hydatiques et des kystes séro-sanguins de la R..., par FÉVRIER, 761.
RATIER. — V. Fièvre tydhoïde.
RAVAUT. — V. Système nerveux.
RAVENEL. — V. Tuberculose.
RAVIART. — V. Constipation.
RAYMOND. — V. Epilepsie, Hémichorée.
Réaction de Haycraft. — V. Acides biliaires.
REBRYEND. — V. Utérus.
Récidives. — V. Fièvre typhoïde, Variole.
RECLUS. — V. Anesthésie, Balle, Cocaine.
RECKZEH. — V. Tachycardie.
Rectum. — Traitement du cancer du R..., par CHAPUT, 205. — Des adenomes du R..., par JODIN, 528. — Traitement des rétrécissements du R... par la colostomie temporaire et le cathéterisme du R... de haut en bas, par CHAPUT, 527. — Traitement d'un rétrécissement du R... par le cathéthérisme après colostomie temporaire, par BRAULT, 751. — L'occlusion intestinale chronique par cancer du R.... Anus artificiel, par SCHWARTZ, 817.
Récurrent. — Paralysie du nerf R... gauche et persistance du canal artériel, par SCHRŒTTER, 505. — V. Paralysie.
REDIER. — V. Bouche, Carie dentaire.
Réduction. — V. Fractures. — R... sanglante : V. Radius.
Réformes. — R... hospitalières, par LE GENDRE, 78.
Régimes. — Principes physiologiques dans les R..., par BUCH, 281. — R... alimentaire : V. Estomac. — R... di tétique : V. Fièvre typhoïde.
Région. — R.. Massetérine. V. Kyste hydatique.
Rein. — De la tuberculose rénale avec fistule, par CHAZET, 44. — Sarcome de la capsule fibreuse du R..., par SCHWARTZ, 271. — Diagnostic des lésions suppuratives du R..., par BAZY, 287. — Traitement du R... mobile par le massage, par RICHELOT, 319. — Contusion et déchirures du R..., par MOINEAU, 379. — Les ruptures du R..., par CROTET, 522. — R... mobile. Pathogénie et indications opératoires, par CHEVALLIER, 697, 713 ; par GUILLET, 732. — V. Cœur, Mort.
Releveur de l'anus. — V. Dystocie.
Reminéralisation. — V. Rhumatisme.
REMLINGER. — V. Plèvre, Fièvre typhoïde.
Rénales. — V. Ictère.
RENAULT (A). — V. Abcès.
RENAUD. — V. Torticolis.
RENDU. — V. Aorte, Ascite, Crâne, Péricardite, Phlébite, Poumon.
RENON. — V. Acétopyrine, Phtisie.
Renseignements. — R... cliniques, 249, 288, 461, 624, 696, 808. — R... thérapeutiques, 249, 462.
Répertoire de formules. — 8, 24, 56, 88, 104, 121, 168, 184, 216, 296, 360, 457, 649.
Résection. — V. Estomac, Ganglion.
Respiration. — Les échanges respiratoires aux hautes altitudes, par ROBIN et DUPASQUIER, 798.
Rétention. — V. Accouchement. — R... alimentaire : V. Pylore.
Rétinite. — Valeur diagnostique et pronostique de la R... dite albuminurique, par ROCHON-DUVIGNEAUD, 691.
Rétrécissement. — V. Pharynx, Pylore, Rectum. — R... mitral : V. Anévrysme, Cœur, Huchard, Tuberculose pulmonaire. — R... aortique : V. Enfance.
Rétrodéviation. — V. Utérus.
REYNIER.—V. Crâne, Suture, Tétanos, Tumeurs malignes.
Rhinite. — V. Scarlatine.
Rhumatismal. — V. Nodosités, Torticolis, Œdèmes
Rhumatisme. — La reminéralisation appliquée au traitement des rhumatisants chroniques, par GAUBE, 349. — Du R... tuberculeux ou pseudo-R... d'origine bacillaire, par PONCET, 499, 702. — V. Cœur, Œil.
RICARD. — V. Corps thyroïde, Hystérectomie, Trachée.
RICHELOT. — V. Rein mobile.
RIEGEL. — V. Suc gastrique.
RIGOT. — V Persodine.
RIURCANO. — V. Pleurésie.
ROBIN. — V. Antipyrine, Appendicite, Glycosurie, Prurit. Respiration, Soude, Tuberculose, Vaginite
ROCHARD. — V. Abdomen, Crâne, Infection puerpérale.
ROCHON-DUVIGNEAUD. — V. Rétinite, Strabisme.
RODIER. — V Paralysie faciale.
ROGER. — V. Erysipèle, Variole, Vésicatoire.
ROGINA. — V. Pneumonie.
Rois — R... et secret médical, 335.
Romarin. — Le R.. sauvage, 489.
ROPITEAU. — V. Paraldehyte, Trional.
ROSENTHAL. — V. Cœur.
Roseole. — Sur une disposition spéciale de la R... de retour. Ordination suivant les espaces intercostaux. R... abiès, par de BAURMANN et DELHERM, 226.
Rotule. — Extirpation de la R..., par BERGER, 88.
ROUAULT. — V. Accouchement.
Rougeole. — Diagnostic précoce de la R..., par GILLET, 625. — De la valeur du signe de Koplik dans la R..., par WIDOWITCZ, 652.
ROUSSEAU DE ST-PHILIPPE. — V. Coqueluche.
ROUTIER. — V. Estomac, Suture.
ROUX. — V. Prostate.
RUAIS. — V. Pyopneumothorax.
Rubeole. — Epidémie de R..., par COMTE, 268.
Rupture. — V. Cœur, Rate, Rein, Vessie.
Rythme. — V. Cœur. — R.. couplé : V. Cœur.

S

SAALFELT. — V. Lichen pilaire.
SABOURAUD. — V. Séborrhée.
Safran. — S..., médicament eupeptique, par LIÉGEOIS, 152.
SAINT-AUBIN. — V. Lecithine.
SAINTON. — V. Hémorragie.
Sanatorium. — S... et Home S..., par HÉRARD DE BESSÉ, 93. — S... pour tuberculeux et l'opinion médicale en France, par LERICHE, 158, 174 ; par PÉGURIER, 205. — Le S... dans le traitement des maladies de la peau, 228. — Les S... de fortune pour tuberculeux pauvres, par BRUNON, 237. — Nouveau S... de plaine, 240.
Sang. — Valeur séméiologique de l'examen du S.. dans le cancer de l'estomac, par HARTMANN et SILHOL, 31. — V. Foie.
Sarcome. — V. Rein.
Sardines. — V. Intoxication.
Saturnine. — Intoxication S... chez un enfant, causée par un gobelet d'étain plombifère, par VARIOT, 735.
Scarlatine. — Des manifestations nerveuses de la S..., par MOUREYRE, 233. — La rhinite purulente précoce de la S..., par CHAUSSÉ-LAPRÉE, 297. — Diagnostic de la S.., par VARIOT, 449. — Etiologie de la S..., par CLASS, 477. — V. Diazoréaction.
SCHACHMANN. — V. Syphilis.
SCHAER. — V. Bois de Gaïac.
SCHRENER. — V. Suc gastrique.
SCHRŒTTER. — V. Paralysie, Recurrent.
SCHWARTZ. — V. Cholécystectomie, Cocaïnisation, Epilepsie, Foie, Hernie, Intestin, Lithiase biliaire, Rectum, Rein.
Sciatique. — Traitement de la S..., par BERNARD, 191. — Application d'acide chlorhydrique dans la S..., par RADZIKOWSKI, 235. — Traitement de la S... par les injections intra-arachnoïdiennes de cocaine, par MARIE, 270. — Le phénomène S... croisé, FAJERSTAJN, 780. — V. Cocaine.
Scorbut. — S... infantile, par COMBY, 479.
SEBILEAU. — V. Œsophage, Thrombose.
Séborrhée. — Emploi de l'huile de cade dans la S..., par SABOURAUD, 776. — La question des S..., par GALLETTI, 794.
Sécrétion. — V. Suc gastrique.
SEGOND.—V. Hystérectomie, Rachicocainisation.
Seins. — Soins à donner aux S... des jeunes mères qui allaitent, par GAULARD et BUÉ, 249. — Lymphangite du S... et galactophorite, par MAYGRIER, 794.
Sel. — V. Estomac.
Séreuses. — V. Tuberculose.
Sénégal. — V. Peste.
Septicémie. — De l'hystérectomie abdominale dans la S... puerpérale, par PICQUÉ, 238. — V. Hystérectomie.
SEREGÉ. — V Foie.
SERGENT. — V. Dothiénentérie, Loupes.
Séro-réaction. — V. Fièvre typhoïde.
Séro-sanguin. — V. Rate.

Digitized by Google

Sérothérapie. — V. Diphtérie, Fièvre typhoïde.
Sérum. — S.. de Wlaef, 158. — De la stérilisation du S... de Chéron, par GUILLAUMIN, 733. — Le S.. antidiphtérique dans la pneumonie, par LANDRIEUX et LEGROS, 785. — S... antidiphtérique. V. Pneumonie. — V. Cocaine, Diphtérie, Hémorragie. — S... bichloruré : V. Syphylis. — S... musculaire : V. Tuberculose pulmonaire. — S... anticellulaire : V. Tumeurs malignes.
Sérumthérapie. — S... antidiphtérique, par GILLET, 188.
SEVESTRE. V. Arthritisme, Dyspepsie.
SHEEL. — V. Bouche.
SICARD. — V. Méningite, Système nerveux, Zona.
SIEUR. — V. Plaie.
Signe. — Signe de Koplik : V. Rougeole.
Silhol. — V. Sang.
SIMONIN. — V. Angine.
Sinus. — V. Crâne. — S... latéral : V. Thrombose.
Sinusites. — Les S... nasales. Procédés de diagnostic, par CASTEX, 721.
SIREDEY. — V. Glycosuriques, Stomatites.
Société. — S... de chirurgie, 16, 41, 47, 62, 78, 143, 158, 173, 192, 205, 222, 238, 270, 287, 303, 334, 352, 366, 382, 415, 430, 448, 463, 486, 495, 509, 527, 671, 688, 708, 735, 751, 767, 783, 798, 815, 831. — S... médicale des hôpitaux, 15, 47, 62, 78, 95, 109, 142, 156, 172, 191, 204, 222, 270, 287, 301, 318, 334, 350, 365, 382, 414, 429, 446, 462, 479, 494, 687, 702, 735, 750, 764, 783, 798, 815, 830.
Sodium. — V. Iodure.
Soif. — La S... brightique, par COLIN, 269.
Soldanelle. - S... et grand liseron, par BRISSEMORET, 588.
SELLIER. — V. Phtisie.
Sondes. — Stérilisation des S.. en gomme, par CLAUDIUS, 361. — V. Prostatiques.
SORGO. — V. Anévrysmes.
Soude. — Action apéritive du persulfate et du métavanadate de S..., par ROBIN, 107. — V. Cacodylate.
Souffles. — V. Cœur.
Souffleurs. — S... de verre, par SHEEL, 203.
Souillures. — V. Puits.
SAUMARIPAS. — V. Néphrite.
SOUPANET. — V Gastérine.
SOUPAULT. — V. Gastrosucchorée.
SOUQUES. — V. Fièvre typhoïde, Urémie.
Sous-Cutanée. — V. Alimentation.
Sous-arachnoïdien. — V. Balle.
Sous-glottiques. — V. Sténoses.
SPINELLI. — V. Syphilis.
Stasegastrique. — V. Estomac.
Stations. — V. Neurasthénies. — S... thermales : V. Cœur.
STEKEL. — V. Blennorrhagie.
Sténoses. — Traitement des S... sous-glottiques, par BOULAY, 769, 786.
Stérilisation. — V. Sérum, Sondes.
STINSON. — V. Echinacea, angustifolia.
STÉPHANOFF. — V. Crâne.
STOKVIS. — V. Albuminurie.
Stomatite. — S. Ulcéro-membraneuse, par SIREDEY, 735.
STRANDGAARD. — V. Nodosités.
Streptococcies. — V. Erisipèle..
Strabisme. — Evolution et traitement du S... chez les petits enfants, par ROCHON-DUVIGNEAUD, 193. — Tare nerveuse dans le S..., par COSSE, 269.
Strychnine. — Emploi de la S... contre l'alcoolisme, par FERNET, 728.
Strychnos. — Les S... africains, par CHATIN, BUREAU, 349.
Succédanés. — V. Iodoforme.
Suc gastrique. — Simplification de l'analyse du S... par FREMONT, 110. — L'influence de la mastication sur la sécrétion du S..., par SCHRENER et RIEGEL, 444. — V. Dyspepsie.
Suffocant. — V. Pneumothorax.
Suicide. — V. Fièvre typhoïde.
Sulfate de quinine. — V. Epistaxis.
Sulfure de carbone. — Traitement des tuberculoses chirurgicales et de la tuberculose pulmonaire par le S... thérébentiné, par DELORME, COROMILAS, 734.
Suppurations. — Des S.. du membre supérieur et de leur traitement, par MAUCLAIRE. 433. — V Fibromyomes, Oreille.
Suppurée. — V. Ovarite.
Suralimentation. — V. Arthritisme, Lait.
Surdité. — S... et bruits d'oreille, par CASTEX, 549. — Expertise sur un cas de S... par accident de travail, par COURTADE, 746.
Sus-pubienne. — V. Hernie.
SUTCLIFFE. — V. Cœur.
Suture. — Sur la S... nerveuse, par REYNIER, QUENU, ROUTIER, 303, par POIRIER, 319. — V. Cœur, Foie.
Sympathique. — Le S... cervical au point de vue chirurgical, par HERBET, 474.
Syncopes. — V. Epilepsie.
Syndrome. — S... appendiculaire. V. Appendicite. — V. Enfants.
Syphilis. — Traitement de la S... par les inunctions avec la pommade au calomel, par KASANDJIEFF, 72. — Traitement de la S... pendant la grossesse, par GAUGHER et H. BERNARD, 137. — Ligue contre la S. .. par FOURNIER, 420. — Traitement de la S... par le sérum bichloruré, par DIEUPART, 475. — S... utérine tardive, par SPINELLI, 668. — Les manifestations gommeuses de la S... héréditaire tardive, par DIART, 669. — Gomme syphilitique du lobe frontal avec épilepsie jacksonnienne ; grave atteinte à la doctrine des localisations cérébrales, par DIEULAFOY, 701. — Traitement des myélites syphilitiques, par SCHACHMANN, 703. — V. Cœur, Estomac, Mercure, Aortite syphilitique, et néphriteIndications thérapeutiques, par HUCHARD, 818.
Syphilitique. — V. Insuffisance aortique, Pelade.
Système nerveux. — Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques maladies du S..., par WIDAL, SIGARD, RAVAUT, MONOD, 78.

T

TABAKIAN. — V. Galactocèle.
Tachycardie. — T... paroxystique essentielle chez l'enfant, par MERKLEN, 323. — La T... des tuberculeux, par PLATEY, 699. — T... nerveuse, par RECKZEH, 779.
TALAMON. — V. Pneumonie, Zona.
Tare nerveuse. — V. Strabisme.
TARNAUD. — V. Prostate.
TEDENAT. — V. Hernie.
Teignes. — Traitement des T... tondantes, part PIGNOT, 57.
TEISSIER. — V. Cœur.
TELTCHAROFF. — V. Joue.
TELEKY. — V. Thiosinamine.
Tension. — Des variations de la T... capillaire sous l'influence du traitement hydrominéral, par BOULOUMIÉ, 362. — V. Epigastre.
Thérébenthine. — V. Sulfure de carbone.
Terrain. — Sur la transformation du T... tuberculeux en T... arthritique, par BERNHEIM, 542. — V. Lithiase biliaire.
TERRIER. — V. Antipyrine.
TERRIEN. — V. Cataracte, Kératite.
TERSON. — V. Diabète.
Testicule. — Les abcès calcifiés du T..., par JEAN, 445.
Tétanos. — Epidémie de T..., par REYNIER, 416. — T... traité et guéri par les injections intra-cérébrales de sérum antitoxique, par LETOUX, 448. — Sur le T..., par REYNIER, 480. — Traitement du T... par la méthode de BACCELLI, par JOSIAS, 687.
Tête. — V. Forceps.
Tétranitrate. — T... d'érythrol et la médication hypotensive, par HUCHARD, 148.
Tétronal. — 153.
Théobromine. — T... lithinée : V. Huchard.
THIELLEMENT. — V. Cocaine.
THIERRY. — V. Fièvre aphteuse.
Thiosinamine — Action de la T... sur les tissus de cicatrice, par TELEKY, 106.
Thymus. — V. Myopathies.
Thyroïde. — Le sort des greffes thyroïdiennes, par CHRISTIANI, 381. — Traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme, par AUSSET, 633.
Thyroïdien. — V. Infantilisme.
THOMAS. — V. Arthrites, Arthritisme, Cyanose.
Thoracentèse. — V. Empyème, Pneumothorax.
Thorax. — T... en entonnoir, par GAUCHER, 750. — V. Poumon.
Thrombose. — T... septique du sinus latéral, par SEBILEAU, 815. — V. Crâne, Névrites.
TISSIER. — V. Enfant, Oreillette.
Tondantes. — V. Teignes.
Toni-cardiaques. — V. Cactus grandiflora.
Torticolis. — Traitement du T... rhumatismal, par RENAUD, 748.
TOUBERT. — V. Otite.
TOULOUSE. — V. Bromure.
TOURNIER. — V. Hydrastis canadensis.
Toux. — V. Tuberculose.
Toxi-alimentaire. — V. Dyspnée.
Toxicité. — V. Opium.
Toxines. — V. Epilepsie.
Trachée. — Corps étranger de la T..., par RICARD, 222.
Trachéo-bronchique. — V. Corps étrangers Diphtérie
Traitement électrique. — V. Vessie.
Traumatique. — V. Pneumonie.
Traumatisme. — Conservation dans un T... par coup de fusil de guerre, par DELORME, 301. — V. Crâne.
Trépanation. — V. Apophyse mastoide, Crâne, Hernie.
TRIBOULET. — V. Appendicite, Colite, Leucémie.
TRIJUMEAU. — V. Névralgies.
Trional. — Action clinique et thérapeutique du T..., par ROPITEAU, 582.
TROISIER. — V. Calculs biliaires, Fièvre typhoïde, Pouls.
TROITSKY. — V. Paralysie.
Trompe. — Des opérations conservatrices de la T..., par KAHN, 508.
Tronc innommé. — V. Anévrysmes.
Troubles. — T... dans l'innervation et la circulation au cours des maladies infectieuses, par PAWINSKI. 49. — T... psychiques dans les affections génito-urinaires chez l'homme, par COLOMBANI, 549. — V. Enfant.
TROUSSEAU. — V. Œil.
Tubage. — V. Estomac.
Tubercules. — V. Cervelet.
Tuberculeux. — La discipline chez les T.., par PORTES, 319. — La cure alimentaire du T..., par BERHNHEIM, 592. — V. Cirrhose, Ganglions, Pseudo-rhumatisme, Rhumatisme, Sanatorium. — T... pauvres. V. Sanatorium. — V. Tachycardie, Zona.
Tuberculose. — Curabilité de la T..., par PETREN, 42. — Etudes histologiques sur la T... humaine, par ROBIN et BINET, 201 — Prophylaxie de la T..., par LANCEREAUX, 238. — La médication cacodylique dans la T..., par GAUTIER, 446. — Considérations pratiques sur la prophylaxie de la T... à la campagne, par QUELMÉ, 577. — T... généralisée des séreuses, par BESANCON, 703. — La toux des vaches tuberculeuses et la contagion de la T..., par RAVENEL, 445. — V. Reia, Sulfure de carbone.
Tuberculose pulmonaire. — T... ancienne. régression de celle-ci après le développement d'un rétrécissement mitral, par DANLOS et

Digitized by Google

GILLET, 15. — Traitement de la T... chez les enfants par le sérum musculaire suivant le procédé de RICHET et HÉRICOURT, par JOSIAS, 217. — Des rapports qui existent entre la T... et la pleurésie aiguë séro-fibrineuse primitive, par PETROPOULOS, 749. — V. Fistules.
Tubéreuse. — V. Néphrite.
TUFFIER. — V. Crâne, Estomac, Fractures, Hémorragie, Hystérectomie, Métrite, Prostatectomie, Rachicocaïnisation.
Tumeurs. — Traitement des T... malignes par le sérum anticellulaire de Wlaef, par REYNIER, 143. — Traitement des T... malignes inopérables ou récidivantes par la quinine, par LAUNOIS, 155. — V. Cervelet, Grossesse.
Tympan. — Indication et manuel opératoire de la paracentèse du T..., par LERMOYEZ et BOULAY, 397.
Typhique. — V. Cystite, Intestin, Plèvres.
Typhoïde. — Diagnostic des eaux qui transmettent la fièvre T..., par CHANTEMESSE, 381.
Typhoïdique. — V. Perforation intestinale.
TYSON. — V. Fièvre typhoïde.

U

Ulcérations. — V. Cynoglosse.
Ulcéreuse. — V. Gastrite.
Ulcéro-membraneuse. — V. Angines, Stomatite.
Urémie. — Hémorrhagie intestinale mortelle dans l'U..., par SOUQUES, 448. — U... lente à forme bulbaire, par LONDE, 463.
Uretère. — Valeur du cathétérisme de l'U..., par BAZY, 528.
Uricémie. — V. Huchard.
Urines. — Quelques signes fournis par l'examen des U... dans les cirrhoses et dans l'ictère, par GILBERT et LEREBOULLET, 218.
Urothérapie. — V. Raisins.
Utérus. — Sur une forme particulière de l'U... pendant les premiers mois de la gestation, par OUVRIER, 75. — Le nettoyage de l'U... dans l'infection puerpérale, par BUDIN, 122. Traitement de l'inversion utérine, par OUI, 585. — Traitement des rétrodéviations de l'U..., par HIVET, 653. — Traitement des plaies de l'U... produites de dehors en dedans, par REBRYEND, 761. — V. Fibromes, Grossesse, Hémorrhagie.

V

Vaccination.—V... antirabique, par AOUST, 558.
Vaches. — V. Tuberculose.
Vagin. — V. Hystérectomie.
Vaginite. — Traitement de la V... blennorrhagique, par ROBIN et DALCHÉ, 441.
VALASSOPOULO. — V. Peste.
VALENCY. — V. Accouchement.
VALENTIN. — V. Gastropathies.
Valvulaire. — V. Plèvre.
Varices. — Traitement chirurgical des V..., par BOUGLÉ, 826.
Variété. — 496, 720.
Variole. — Traitement de la V... 7; par LEGRAND, 207. — Récidives possibles de la V..., par HERVIEUX, 109. — V... des nouveau-nés, par ROGER, 270. — Formules contre la V..., par LEGRAND, 328. — Prophylaxie de la V... en Algérie, par HERVIEUX, 671.
Variolisation. — V..., par HERVIEUX, 172.
VARIOT. — V. Goitre exophtalmique, Pneumonie, Pneumothorax, Scarlatine, Saturnine.
Ventricule. — V... droit : V. Plaie.
VERDALLE. — V. Epistaxis.
VERNEECK. — V. Cœur.
Vésicale. — V. Hernie.
Vésication. — V... par l'hydrate de chloral, par HALLOPEAU, 671.
Vésicatoire. — L'épreuve du V..., par ROGER et JOSUÉ, 318.
Vésico-vaginale. — V. Fistule.
Vestibule. — V... nasal : V. Dermatoses.
Vessie. — Indications et technique du traitement électrique des paralysies motrices de la vessie, par COURTADE, 38. — Rupture sous péritonéale de la V..., par DUBUJADOUX, 510. — Les diverticules de la V..., par DURRIEUX, 804.
Vibrations. — Valeur séméiologique des V... abdominales, par DE BRUN, 509.
Vieillards. — V. Pleurésies.
VINCENT. — V. Angines, Fièvre typhoïde.
Viscine. — La V..., 825.
Viscum album. — Le V..., par DEGUY, 393.
Voie. — V... Médiastine : V Corps étrangers. — V... rachidienne : V. Anesthésie, Cocaïne.
Voisin. — V. Diphtérie.
Vomique. — V. Pneumothorax.
Vomissements. — V. Enfants.
Vulvaire. — V. Prurit.

W

WALTHER. — V. Moelle, Rachicocaïnisation.
WEILL. — V. Myocardite.
WESTBERG. — V. Anévrysme.
WIDAL. — V. Analgésie épidurale, Système nerveux.
WIDOWITCZ. — V. Rougéole.
WINTERBERG. — V. Acétopyrine.
WLAEF. — V. Sérum.

Y

Yoambine. — 473.
YOT. — V. Avortement.

Z

ZIMMERN. — V. Hémorragie.
Zona. — V. Pneumonie et Z..., par HALLOPEAU, 142. — Z... traumatique, par GAUCHER, 157. — Le liquide céphalo-rachidien dans le Z..., par ACHARD, BRISAUD et SICARD, 204. — Le Z..., par DEBOVE, 657. — Le Z... pneumonique, par TALAMON, 287 — Traitement du Z.., 584. — La paralysie faciale dans le Z..., par GAUDU, 700. — Le Z... chez les tuberculeux, par BARIÉ, 801.

Digitized by Google

TABLE SUPPLÉMENTAIRE

La pagination est en chiffres romains

Académie. — Prix de l'A... de Médecine décernés en 1900, II, X; en 1901, CCCCII. — Prix de l'A... de Médecine proposés pour 1901, X; pour 1902, XVIII; pour 1903, XXXVII, LIV. — Elections à l'A., de Médecine, XVIII, XXXIV, LXXXVI, CLVIII, CLXXVIII, CLXXXVII, CLXXXXVIII, CCVI, CCX, CCCLXX. — A... royale de Belgique, CX. — A... des Sciences VI, CLVIII, CLXVI, CLXXIV, CCCLXXXII.

Alcoolisme. — Ligue nationale contre l'A... CX.

Assistance publique. — XIV, XVIII, L, CLVIII, CLXXIV.

Concours — C... d'agrégation de Médecine. I, XCVIII. — C... d'agrégation de chirurgie et accouchement, II, L, LXXXVI, CLXLVIII. — C... d'agrégation d'anatomie, physiologie, histoire naturelle, CXXII. — C... d'agrégation de physique, chimie, pharmacie, CXXVI — C... d'agrégation du Val-de-Grâce, CCCXXII. — C... de médecine, XVIII. L, CLXXXVI. — C... de chirurgie, CLXLCVIII. — C... de l'adjuvat, CXXVI, CL, CLXXXVI, CCL. — C... du prosectorat, CXXVI. — C... d'oto-rhino-laryngologie, CXXXIV. — C... pour le clinicat, CLXVI, CCXXVI, CCCVI. — C... de l'internat, CCLXXXII, CCCLXXVIII, CCCXCIV, CCCCII. — C... pour l'école d'application du service de santé militaire, CCCXVIII. — C... pour la médaille d'or, CCCXXII, CCCXXXVIII. — C... pour les places de dentistes des hôpitaux CCCLXXVIII.

Congrès. — C... de gynécologie de Nantes en 1901, XXXXII, LXVI. — C... britannique de la tuberculose CLXXXII. — C... des aliénistes et neurologistes, CCVI, CCLXLVIII. C... international de médecine, CCXXX, CCLXLVIII. — C... français de médecine, CCCLXXXXII. — C... égyptien, CCLXX, CCCXXXXII. — C... international de physiologie CCLXXXII. — C... international des médecins de compagnies d'assurances CCLXLIV. — C. de chirurgie CCCL.

Distinctions honorifiques. — II, L, XC, CVI, CXIV, CCXXXIV, CCXLII, CCLIV, CCLVIII, CCLXIV, CCCXXII, CCCXXXVIII.

Externat. — Classement des candidats, XXII. — Concours pour l'E... CCXXII, CCCXXXVIII.

Hôpitaux. — Répartition des internes et externes dans les H..., LXVI, LXX, LXXIV, LXXVIII, LXXXII, LXXXVI. — Enseignement dans les H..., CCLVIII, CCLXVI.

Internat. — I... et Externat des hôpitaux de Paris, XVIII. — Classement des internes, XVIII. — Prix de l'I.., XXXXVI, CCLXXVII. — Répartition des I... et externes, XXXXVI. — Centenaire de l'I..., CXVIII, CXXVI. — Association des internes et anciens internes, CLVIII. — Banquet de l'I..., CLVIII.

Intérêts professionnels. — LIV, CXVIII, CLXVI, CCXLII.

Jurisprudence professionnelle. — CLXXXII, CLXXXX, CCXVIII, CCL, CCLXXIV, CCLXXXVI, CCLXL, CCLXLVIII, CCCVI, CCCXCIV.

Légion d'honneur. — XVIII, XXXIV, CCXXX, CCCIV, CCLXXXII, CCCLVI.

Nécrologie. — XIV, LIV, CX, CXIV, CXXXIV, CL, CLVIII, CLXXXII, CLXLVIII, CCXXX, CCLXXXVI, CCCXXXIV.

Société. — Distribution des prix de la S... de chirurgie, XCIX.

Stage. — S... d'accouchement et S... spécial, VI.

Thèses. — II, XVIII, XXXIV, L, LXXIV, LXXXII, XC, CXIV, CXXII, CXXX, CXXXVIII, CXLVI, CL, CLIV, CLVII, CLXX, CLXXVIII, CLXXXVI, CLXLIV, CCII, CCX, CCXVIII, CCXXVI, CCCXXXVIII, CCCXXXXVI, CCCLIV, CCCLXII, CCCLXX, CCCXXXVI, CCCXCIV, CCCII. — T... récompensées, LIV.

Variétés. — XXXXVI, CLXXIV, CCCX, CCCXXVI, CCCXXXXII, CCCLXXIV.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06980 9039

Digitized by Google

Digitized by Google